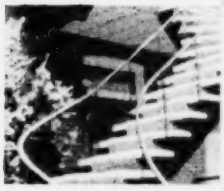
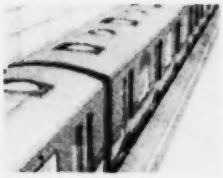
RAPPORT DE CONSULTATION

Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal





Québec

106-06332/

Vers des réseau locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal - Rapport de consultation
est une production du service des communications de la Direction de l'information et de la planification de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal

Rédaction :
Emmanuelle Carrier

Collaboration :
Loraine Desjardins
Louis Morency

Édition :
Evelyne Joyal

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2004

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2004
ISBN 2-89510-169-8

Ce document est disponible :

☐ aux services documentaires de l'Agence
Téléphone : (514) 286-5604

☐ sur le site Web de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

RAPPORT DE CONSULTATION

Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montréal

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire 5

Introduction : ce que le Forum de la population a retenu 11

1. Le rapport de consultation 13

2. Les objectifs de la consultation 13

3. Les moyens 13
3.1 La documentation 14
3.2 La publicité et les médias d'information 14
3.3 La consultation de la population 15
3.4 La consultation des établissements et des organisations 15
Forum de consultation des comités d'usagers 16
Table ronde des partenaires intersectoriels 16
Forum sur les ressources informationnelles 16
Forum jeunesse 17
Forum personnes âgées 17

4. La réponse à la consultation 17
4.1 La couverture médiatique 17
4.2 La participation 18
4.3 L'appréciation générale des participants 19

5. Les faits saillants de la consultation 19
5.1 La dynamique montréalaise 19
5.2 Les thèmes principaux 20
Des objectifs louables 20
Le projet de loi 25 20
Le regroupement territorial 22
L'inclusion des hôpitaux : des pour et des contre 25
Des établissements demandent leur retrait des centres de santé et de services sociaux 28
La prévention 29
La gouverne 30
Les centres médicaux associés 33
L'implication des médecins : une nécessité 34
L'amélioration des services : ce que le réseau et la population a réellement besoin 35
Le financement 37
Y aura-t-il une réelle liberté de choix? 38
La place de la santé mentale 39
La condition féminine 39
Les organismes communautaires 40
Un défi : la mobilisation du milieu de la santé 42

L'impact sur les travailleurs et leurs conditions de travail 44
La privatisation de services. 45
Les conditions de réussite et les craintes concernant l'implantation de la réforme 46
D'autres enjeux 49
La santé physique 49
La déficience physique 49
La déficience intellectuelle 49
L'informatisation 50
Les comités d'usagers 51
Les gestionnaires de cas 51
Clarifier les termes 51

5.3 Les Forums sectoriels 52
Forum de consultation des comités d'usagers 52
Table ronde des partenaires intersectoriels 52
Forum sur les ressources informationnelles 53
Forum jeunesse 55
Forum personnes âgées 56

Annexe 1 : Rapports des assemblées publiques 58

- Territoire des CLSC du Vieux Lachine et LaSalle 59
- Territoire des CLSC Villeray et La Petite Patrie 62
- Territoire des CLSC Saint-Laurent et Nord de l'île 66
- Territoire des CLSC Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est 70
- Territoire des CLSC Saint-Henri, Verdun/Côte Saint-Paul et Pointe Saint-Charles 75
- Territoire des CLSC Ahuntsic et Montréal-Nord 80
- Territoire des CLSC Pierrefonds et Lac Saint-Louis 84
- Territoire des CLSC du Plateau Mont-Royal, des Faubourgs et Saint-Louis-du-Parc 88
- Territoire des CLSC Saint-Léonard et Saint-Michel 92
- Territoire des CLSC NDG/Montréal-Ouest, René-Cassin, Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension 96
- Territoire des CLSC Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont 100

Sommaire du rapport de consultation

Entre le 24 mars et le 9 avril 2004, l'Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal a mis en place une vaste consultation publique sur sa proposition de créer 12 réseaux locaux de services. Les objectifs poursuivis par cette opération d'envergure étaient de recueillir l'opinion et les commentaires des citoyens et des citoyennes de Montréal, mais aussi des partenaires et des acteurs du réseau montréalais de la santé et des services sociaux et de réunir un large consensus autour de sa proposition.

Des moyens de consultation diversifiés et adaptés aux différents publics ont été organisés afin de favoriser les échanges et permettre à un grand nombre de personnes de se faire entendre. Ces moyens étaient : des audiences publiques, l'envoi d'avis écrits et des assemblées publiques dans 11 secteurs de Montréal à l'intention de la population. Pour les acteurs et les partenaires du réseau montréalais, en plus des audiences publiques et de l'envoi d'avis écrits, des forums sectoriels étaient offerts pour préciser certains aspects de la proposition. Une table ronde des partenaires intersectoriels et un forum des comités d'usagers ont également permis de recueillir les propos de ces participants.

Pour démarrer le processus, l'Agence a rendu disponible plusieurs types de documents à des fins d'information et de consultation. Près 7 000 exemplaires du *Document de consultation : Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal* en langues française et anglaise et 1 000 exemplaires du *Document d'appui* ont été distribués. De plus, des documents de consultation thématiques venant préciser le *Document d'appui* ont été distribués aux participants des forums sectoriels.

La réponse à la consultation

Activités de consultation	Nombre de personnes inscrites	Nombre
Forums sectoriels :		
Forum personnes âgées	**107**	
Forum jeunesse	**124**	
Forum sur les ressources informationnelles	**150**	
Forum de consultation des comités d'usagers	**72**	
Table ronde des partenaires intersectoriels	**21**	
Assemblées publiques	**1 850**	
Audiences publiques :		
Avis écrits déposés		**42**
Avis écrits déposés sans présentation		**109**
Lettres d'appui		**39**
Consultation du site Internet de l'Agence (période du 24 mars au 13 avril 2004) :		
Visites/sessions		**14 696**
Impressions de documents		**5 679**

L'appréciation générale des participants

Dans les assemblées publiques et les forums sectoriels, les participants ont souligné l'importance que cette consultation publique avait pour eux. Toutefois, ceux-ci critiquent la rapidité avec laquelle elle a été menée. Ils ne croient pas pouvoir arriver à un consensus éclairé, puisque, selon eux, les partenaires du réseau n'ont pas été consultés adéquatement. En premier lieu, ils estiment qu'une réelle consultation aurait d'abord abordé l'essence même du projet de loi 25 et n'aurait pas porté exclusivement sur des « modalités » d'application. Plusieurs rejettent donc le projet de loi 25 en entier. Ils ont l'impression que les dés sont déjà jetés et que les résultats émanant de la consultation ne seront pas sérieusement pris en compte. C'est d'ailleurs ce qui fait dire à certains que la réforme du réseau de la santé est un projet périlleux. Michel Taylor, président du Conseil régional du Montréal métropolitain de la FTQ, craint « la mort de la concertation au Québec ». Par ailleurs, une grande partie d'entre eux jugent insuffisant le temps alloué à la consultation et critiquent le rythme effréné du processus menant à l'implantation des réseaux locaux.

Les faits saillants de la consultation

Des objectifs louables

De façon unanime, les organisations et les citoyens approuvent les objectifs d'intégration des services de santé et des services sociaux à Montréal. On estime que de vouloir rapprocher les services de la population et faciliter le cheminement des personnes dans le réseaux sont des objectifs louables.

Le rejet du projet de loi 25

Plusieurs citoyens et organisations ont profité des consultations publiques pour s'inscrire en faux contre l'implantation pure et simple du projet de loi 25. Ils estiment que les impacts sur les services ne sont pas assurés et que ce dont le réseau a réellement besoin, ce n'est pas d'une réforme de structures, mais bien d'argent neuf et de personnel soignant. D'ailleurs, la majorité des travailleurs du milieu de la santé n'adhère pas au projet, de peur que le réseau en sorte davantage fragilisé. Ils craignent le désengagement de l'État en santé et la venue de la privatisation.

Pour d'autres, c'est la fusion forcée des établissements qui fait problème. On considère que le gouvernement devrait plutôt s'attarder à la simple mise en réseau de services intégrés avec des ententes de services. Plusieurs croient d'ailleurs qu'une telle réorganisation se prête mal au territoire montréalais, à cause de ses particularités de grand centre urbain.

En contraste avec cette position, on retrouve l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM) et la Conférence régionale de l'AHQ de Montréal. Pour eux, le

projet de loi 25 améliorera l'efficacité du système de santé à Montréal en éliminant le fonctionnement des établissements par silo.

Le regroupement territorial

Plusieurs organisations se disent en faveur du découpage proposé par l'Agence, tout en affirmant ne pas avoir les connaissances appropriées pour en juger efficacement. Quant à la proposition de regroupement dans le Centre-Ouest de Montréal, il semble que les deux hypothèses s'équivalent en terme de nombre d'appuis.

Par ailleurs, bon nombre d'organisations se questionnent sur la taille des territoires proposés, qu'ils considèrent trop grande. On qualifie les territoires et les centres de santé et de services sociaux de « méga-structures » et d'établissements « monstres ». On craint que la gestion des ressources humaines et le sentiment d'appartenance à l'égard des organisations soient perturbés. Aussi, certains soulignent le manque d'équité de services (nombre de lits disponibles) entre les territoires proposés et que cela pourrait entraîner plus de mobilité chez les bénéficiaires. En ce qui concerne le découpage sociosanitaire dans son ensemble, certaines organisations auraient souhaité une meilleure harmonisation des découpages déjà existants – ceux de la ville, des commissions scolaires, des centres de réadaptation, des Centres jeunesses, de la DPJ, etc.

L'inclusion des hôpitaux et la place de la prévention

L'inclusion des hôpitaux dans les centres de santé et de services sociaux a suscité beaucoup d'appréhensions. En effet, divers CLSC et groupes du milieu communautaire redoutent l'approche curative que pourrait prendre la réforme. Ils craignent que l'inclusion d'hôpitaux déficitaires affecte la mission des établissements plus petits en grugeant leurs budgets. Ainsi, on s'inquiète que les CLSC perdent leur mission sociale. À cet égard, les organisations ont critiqué le manque de clarté de l'Agence quant à la place qu'elle compte donner à la prévention. Elles demandent un équilibre des acquis entre le préventif et le curatif.

Les regroupements des CLSC et des CHSLD proposent une solution de rechange, qui inclut les mêmes douze territoires pour l'organisation des réseaux locaux de services. Selon cette vision, chaque réseau comprendra différents partenaires dont l'instance locale issue de la fusion des CLSC et des CHSLD du territoire, les cliniques privées, les centres hospitaliers, les organismes communautaires et les résidences privées situées sur le territoire desservi par le réseau. Cependant, ils recommandent qu'aucun hôpital ne soit intégré dans un centre de santé et de services sociaux. Ils concluent qu'à Montréal, en raison de l'entrecroisement des bassins de desserte et des habitudes de la population, il serait trop complexe de le faire, peu importe le territoire. Ils proposent, en lieu et place, la signature d'ententes entre les douze centres de santé et de services sociaux et tous les hôpitaux pour assurer la continuité des soins et des ententes plus spécifiques avec les principaux centres hospitaliers qui desservent le plus la population de chacun des territoires.

Ceux qui militent en faveur de l'inclusion des hôpitaux croient que sans eux, l'administration en silo se poursuivrait, la prise en charge des patients serait moins efficace et la continuité des services limitée.

Des établissements demandent leur retrait des centres de santé et de services sociaux

Quelques établissements du réseau préalablement inclus dans un centre de santé et de services sociaux demandent leur exclusion de ces centres en raison soit de la spécificité de leur clientèle, soit de leurs services spécialisés, soit de leur mission universitaire, soit de la distribution de leurs services au niveau régional ou supra-régional. Plusieurs représentants de ces établissements sont venus exprimer leur point de vue dans les assemblées publiques de leur quartier.

La gouverne

Plusieurs organisations s'inquiètent du fait que les membres des conseils d'administration des centres de santé et de services sociaux soient nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Elles se questionnent entre autres sur leur degré d'imputabilité. Certains proposent que chaque conseil d'administration soit composé d'un membre de chaque établissement fusionné et d'autres qu'il y ait parité de mission.

Dans la plupart des avis écrits et des commentaires des participants aux assemblées publiques, on déplore le fait qu'il n'y ait aucune représentation citoyenne dans ces conseils d'administration. Pour eux, cela signifie que la prise de décision s'éloigne de la population. On parle de « déficit de participation démocratique ».

Quelques organisations, comme la Commission scolaire de Montréal et la Ville de Montréal, ont aussi manifesté leur désir de participer à l'administration des centres de santé et services sociaux.

Les centres médicaux associés (CMA)

L'implantation des CMA semble être bien accueillie par le milieu. On considère que cette initiative améliorera l'accès aux services médicaux et le bon fonctionnement du réseau de la santé. Toutefois, quelques interrogations subsistent quant à la nature du financement qui leur sera accordée.

Les organismes communautaires

Tout en s'alliant aux objectifs de la réforme, les groupes communautaires semblent être ceux qui appréhendent le plus négativement la réforme de la santé à Montréal. D'abord, ils craignent que leur mission, leur autonomie et leur financement ne soient pas assurés. Ils estiment qu'avec la réforme, ils seront perçus comme de simples dispensateurs de services relevant de l'État. Ils ont peur de perdre les liens et le sentiment d'appartenance qui les unissent à leur communauté. À cet égard, ils souhaitent que la Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire du gouvernement soit respectée.

Les groupes rejettent le mode de financement des établissements selon l'approche populationnelle-programme et craignent, sans refuser d'y participer, les ententes de services. Ils ne souhaitent ni être contraints de s'ajuster à ces programmes pour obtenir leur financement ni être amenés à « sous-traiter » par les ententes de services. Ceci équivaudrait à l'abandon de leur autonomie et aux choix démocratiques de leurs priorités par la population, choix qui peuvent se retrouver à l'extérieur des programmes déterminés par l'Agence.

En outre, les organismes font part du climat d'incertitude qui règne au sein de leurs organisations. Ils ont peur des fermetures éventuelles et déplorent le manque de clarté quant aux orientations que prendra le ministère de la Santé et des Services sociaux après la période de transition de deux ans vers les réseaux locaux.

Y aura-t-il une réelle liberté de choix?

Dans l'ensemble des activités de consultation, les organisations et les citoyens ont demandé à l'Agence l'assurance, pour le patient, d'une réelle liberté de choix du médecin et du lieu de traitement. À plusieurs reprises a été rappelé la " mauvaise expérience de la sectorisation en santé mentale". Des associations et établissements desservant des communautés ethnoculturelles particulières s'attardent spécialement à cet enjeu.

L'informatisation

La plupart des intervenants du milieu de la santé s'entendent pour dire que les liaisons informatiques entre les professionnels et les établissements sont nécessaires à la bonne intégration des services, au suivi et au soutien des patients. Toutefois, tant les organisations de santé que les citoyens estiment important que soit garantie la confidentialité des informations dans les dossiers des usagers. Finalement, on insiste sur le fait que le projet d'informatisation du réseau sera impossible sans un investissement adéquat.

Les conditions de réussite les plus souvent évoquées

- Donner la priorité au développement d'une vision globale de la santé;
- Assurer un budget de transition vers les réseaux locaux;
- Préserver les missions des établissements fusionnés;
- Préserver la priorité aux programmes de santé publique, de prévention et de promotion de la santé;
- Établir une stratégie d'implantation rigoureuse et respectueuse des travailleurs;
- Prévoir des outils et des budgets pour la formation du personnel soignant. Assurer un soutien adéquat aux gestionnaires dans la mobilisation des ressources humaines;

- Établir un plan de communication qui vise les usagers, le personnel du réseau de la santé et la population en général afin de les sensibiliser aux changements et aux bénéfices qu'ils tireront de la réforme;
- Se doter d'outils d'évaluation de la réforme et de la satisfaction de la clientèle;
- Conserver l'égalité d'accès aux services à la communauté anglophones dans les réseaux locaux;
- Préciser la place des organisations supra-régionales dans les réseaux locaux;
- Promouvoir le rôle des organismes communautaires comme partenaires du réseau et protéger leurs acquis;
- Instaurer un mécanisme d'écoute et de participation de la population dans les CSSS;
- Que les membres des conseils d'administration des centres de santé et de services sociaux soient choisis en fonction de leur compétence, de leur provenance et de leur représentativité de la population montréalaise.

Introduction : ce que le Forum de la population a retenu

Le Forum de la population a lu les différents avis déposés dans le cadre des audiences publiques et a assisté aux assemblées publiques. Pour lui, la consultation semble démontrer que :

- Malgré la reconnaissance que les objectifs de la réforme soient louables, il existe une forte opposition et/ou inquiétude chez la majorité des personnes qui ont témoigné;
- Il y a absence d'adhésion de la grande majorité des travailleurs et travailleuses du milieu;
- Les citoyens ne voient pas de lien entre la réorganisation du réseau et l'amélioration réelle des services;
- Les délais pour la mise en œuvre d'une telle réforme apparaissent irréalistes.

Quelques commentaires retenus lors des activités :

- La réorganisation aura comme effet un « déficit de participation démocratique » par l'abolition de différents conseils d'administration qui comptaient des postes réservés aux représentants de la population;
- La proposition gouvernementale n'offre pas de garantie quant aux ressources humaines, financières et technologiques nécessaires à l'implantation de cette réforme;
- Il s'agit d'une gestion « hospitalo-centriste » dans laquelle les besoins hospitaliers risquent de prédominer sur les autres services. On parle de culture de « déficit »;
- La promotion et la prévention de la santé pourraient en sortir perdantes. On assiste à un recul dans l'équilibre des acquis entre le préventif et le curatif;
- Montréal perdra le modèle québécois des CLSC en tant que dispensateurs de services de proximité adaptés aux besoins des résidants des quartiers. Il est important de conserver leur mission communautaire;
- Les centres de santé et de services sociaux amènent de trop grosses structures, ce qui entraînera une perte de capacité de répondre rapidement aux besoins du milieu;
- La garantie de deux ans du financement des organismes communautaires n'est pas suffisante;
- La réforme pourrait amener la privatisation d'une partie des services;

- Il manque d'information sur les centres médicaux associés (CMA) : qui les choisira, quelles seront les normes de contrôle et à quel prix?;

- Les nouveaux territoires ne correspondent pas à ceux des partenaires municipaux et autres;
- Un statut particulier et une exemption d'intégration aux réseaux locaux des établissements répondant à une clientèle ethnoculturelle sera-t-elle possible?;

- Avec cette réforme, le réseau de la santé pourrait malheureusement délaisser son implication dans le développement social et local des quartiers;

- L'amélioration des services ne peut se faire que dans le cadre d'une réorganisation liée à une stratégie de lutte à la pauvreté.

Claudette Demers-Godley
Vera Danyluk
Hélène Bohémier
Membres du Forum de la population

1- Le rapport de consultation

Le présent rapport porte sur la consultation publique que l'Agence a menée sur la proposition de réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux à Montréal. Il dresse d'abord les moyens pris par l'Agence et inclut un résumé des activités de consultation effectuées du 24 mars au 9 avril 2004.

Dans ce chapitre, l'Agence rapportera le plus fidèlement possible les faits saillants (convergences et divergences avec la proposition) et les suggestions qui se sont dégagés des avis écrits et lors des forums sectoriels et des assemblées publiques.

Comme il s'agit d'une synthèse des activités de consultation, les lecteurs sont donc invités à lire les mémoires et consulter les rapports d'activités afin de connaître en détails les opinions des citoyens, des organisations et des établissements de santé et de services sociaux.

Les avis et les rapports d'activités sont disponibles sur le site Internet de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

2- Les objectifs de la consultation

Des principes d'ouverture, de transparence et de participation ont animé l'Agence tout au long du processus de consultation, qui se voulait une activité de mise en commun des connaissances et des préoccupations de chaque acteur du réseau de la santé. L'objectif était d'obtenir le plus large consensus possible. C'est d'ailleurs dans cette perspective que l'Agence a tenu à organiser une assemblée publique dans chacun des 11 secteurs de la région montréalaise et à rencontrer la presse locale et nationale.

La consultation publique se voulait par ailleurs un instrument à travers lequel chaque citoyen, organisation et établissement pouvait exposer son point de vue devant la direction de l'Agence. Aussi, ces commentaires seront pris en considération dans l'élaboration de la proposition finale qui sera présentée au ministère de la Santé et des Services Sociaux le 30 avril 2004.

3- Les moyens

Pour qu'un grand nombre d'organisations et de milieux adhèrent à la consultation, l'Agence a fourni à la population et aux acteurs et intervenants du milieu de la santé et des services sociaux le nombre et le type d'activités de consultation les mieux adaptés à leurs besoins. Plus de 20 activités diverses ont donc été organisées entre le 24 mars et le 9 avril 2004.

L'Agence a offert aux participants plusieurs documents et lieux où il leur était facile de s'informer à propos de la proposition sur laquelle ils seraient appelés à se prononcer. À

cet effet, le site Internet de l'Agence a été un véhicule efficace pour rejoindre une large partie des personnes intéressées par la réforme.

Tout avis et mémoire reçu avant le 9 avril 2004 a été pris en considération dans l'élaboration de la proposition finale.

Tous les moyens de communication pour rejoindre la population avaient comme objectif d'assurer la plus large participation possible. Ils sont en continuité avec les principes de transparence et d'ouverture auxquels souscrit l'Agence.

3.1 La documentation

L'Agence s'est appliquée à produire et rendre disponible, dans les délais dont elle disposait, plusieurs types de documents à des fins d'information et de consultation. En premier lieu, dès le 27 février 2004, l'Agence a distribué par la poste et aux assemblées publiques près de 7 000 exemplaires du *Document de consultation : Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal* en langues française et anglaise et près de 1 000 exemplaires du *Document d'appui*. Le *Document de consultation*, version abrégée du *Document d'appui*, comprend les moyens de consultation privilégiés par l'Agence, la proposition détaillée de 12 réseaux locaux de services, les raisons de l'inclusion des hôpitaux dans certains de ceux-ci, les éléments de la stratégie d'implantation ainsi que les questions soumises à la consultation.

Chacune des directions de l'Agence responsable d'un forum sectoriel – sur les ressources informationnelles, la jeunesse et les personnes âgées – a aussi publié un document de consultation venant préciser le *Document d'appui*. Ils ont été mis à la disposition des organisations invitées à leurs activités. De plus, le Forum sur les ressources informationnelles a rendu disponible en ligne son document *L'informatisation des réseaux intégrés : orientations régionales préliminaires*. Le nombre d'exemplaires imprimés fut alors proportionnel au nombre de personnes présentes aux activités sectorielles : 400 exemplaires pour le Forum sur les ressources informationnelles, 150 pour le Forum jeunesse et 150 pour le Forum personnes âgées.

Il est intéressant de noter que depuis l'ouverture de la section *Vers des réseaux locaux de services* sur le site Internet de l'Agence, il y eut près de 15 000 visites et 5 700 commandes d'impression de documents ont été effectuées.

Enfin, dans chacune des 11 assemblées publiques et activités sectorielles, deux membres de la direction de l'Agence étaient présents pour exposer les grandes lignes de la proposition, répondre aux questions de l'assistance et recueillir ses commentaires.

3.2 *La publicité et les médias d'information*

Afin de rejoindre les citoyens et les organisations chez eux et de les informer sur les documents de consultation et la tenue de l'assemblée publique dans leur quartier,

l'Agence a mené une campagne publicitaire ciblée. Dans un premier temps, le 7 et le 14 mars 2004, l'Agence a procédé à des avis publics dans les quatre principaux journaux quotidiens montréalais – Le Devoir, La Presse, Le Journal de Montréal et The Gazette – afin d'annoncer les audiences publiques et la tenue des assemblées publiques. Également, le 14 mars 2004, l'Agence a annoncé les assemblées publiques de quartier dans plus de 30 journaux locaux.

Le directeur-général de l'Agence, M. David Levine, s'est aussi prêté à une tournée des éditorialistes des grands quotidiens les 25 et 29 mars 2004.

3.3 *La consultation de la population*

Les citoyens de Montréal avaient la possibilité de participer à la consultation en acheminant un avis écrit ou un mémoire à l'Agence. Ils pouvaient ainsi exprimer leur opinion sur un sujet touchant la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux. L'Agence a reçu environ 10 avis de citoyens et recueillait tous les commentaires faits via son site Internet, par courrier ou par téléphone.

Les moyens de consultation que l'Agence a utilisés pour recueillir les opinions et suggestions de la population sur la réforme du réseau de la santé et des services sociaux ont été proposés par le Forum de la population. Cette organisation, mise sur pied en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, avait pour mandat de formuler, au nom des citoyens et citoyennes de Montréal, des moyens de consultation publique dans le cadre du projet de loi 25.

L'Agence a retenu toutes les suggestions du Forum de la population et a tenu des assemblées publiques dans les différents quartiers de Montréal qui seraient appelés à être regroupés. Les 11 assemblées publiques organisées ont permis d'accueillir un grand nombre de citoyens (1 850 personnes) intéressés à connaître la proposition de l'Agence. Ce fut aussi l'occasion pour eux d'exprimer leurs opinions, de rencontrer et de questionner les dirigeants de l'Agence.

Des rapports exposant les faits saillants de chacune de ces rencontres ont ensuite été publiés sur le site Internet de l'Agence. Son contenu étant au préalable approuvé par le Forum de la population. Vous trouverez les rapports en annexe de ce document.

Les audiences publiques sont une autre suggestion du Forum de la population qui a été retenue. Les personnes intéressées à faire connaître le contenu de leur avis écrit y ont participé.

3.4 *La consultation des établissements et des organisations*

Deux activités ont été privilégiées pour consulter tout établissement ou organisation souhaitant faire part de leurs commentaires et suggestions à l'égard de la proposition de l'Agence. D'une part, ils avaient la possibilité de transmettre à l'Agence un avis écrit et

de le présenter lors des audiences publiques. Quelques 140 avis écrits ont été recueillis et plus du tiers des organisations les ont présentés à l'Agence les 29, 30 et 31 mars 2004. De plus, des organisations et des groupes communautaires ont fait parvenir 36 lettres d'appuis aux divers avis écrits déposés. D'autre part, même si elles étaient destinées d'abord aux citoyens, les assemblées publiques ont vu défiler plusieurs organisations qui voulaient s'y faire entendre.

Toujours dans le but de déterminer le scénario optimal pour la mise sur pied de réseaux locaux de services à Montréal et de bonifier son projet, l'Agence a aussi eu recours à des rencontres et forums sectoriels sur invitation. Ceux-ci lui ont permis d'aborder des enjeux particuliers de sa proposition et de recueillir les opinions et suggestions des groupes concernés. Cinq forums ont ainsi été organisés :

Forum de consultation des comités d'usagers

Le 25 mars 2004, chaque représentant des comités d'usagers a pu se prononcer sur l'impact de la réforme sur le fonctionnement de son comité ainsi que sur la proposition de créer 12 réseaux locaux de services.

Table ronde des partenaires intersectoriels

C'est le 24 mars 2004 qu'a eu lieu cette rencontre avec les représentants des principaux milieux (municipal, scolaire, communautaire et socioéconomique) et les organisations partenaires de l'Agence. Cette table ronde avait pour principal objectif de recueillir les opinions de chacun sur les opportunités et les défis dans les partenariats intersectoriels que la réforme du réseau de la santé pourrait engendrer.

Forum sur les ressources informationnelles

Le Forum a eu lieu le 24 mars 2004 et s'adressait particulièrement aux gestionnaires et professionnels des établissements et partenaires du réseau de la santé et des services sociaux de Montréal. Il visait à identifier et à valider les moyens à privilégier pour répondre aux besoins en ressources informationnelles relatifs à l'implantation des réseaux locaux. Il a entre autres été question « des besoins de la clientèle, des médecins et professionnels des secteurs publics et privés, des nouvelles instances locales et [...] de la nécessité d'infrastructures et d'infostructures pour supporter l'interaction générale entre tous les intervenants »[1].

Dans la même optique, l'Agence a aussi consulté la Commission médicale régionale (CMR) et le Département régional de médecine générale (DRMG).

---

[1] Document de consultation du Forum sur les ressources informationnelles : « L'informatisation des réseaux intégrés : orientations régionales préliminaires ».
http://www.rrsss06.gouv.qc.ca/fr/planstrategique/documents_re.htm

Forum jeunesse

Le *Forum jeunes en difficulté 0-17 ans* a eu lieu le 5 avril 2004 et appelait des directeurs généraux, des directeurs de programmes, des chefs de services et des conseillers à venir se prononcer sur la proposition d'intégration des services de l'Agence en ce qui a trait à ses recommandations sur l'accès et la continuité des services aux jeunes et à leur famille.

Forum personnes âgées

Aussi le 5 avril 2004, le *Forum personnes âgées* a recueilli les commentaires et les propositions des intervenants invités sur la nature et la mise en place des composantes de la réforme concernant les services pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Des directeurs généraux d'établissements, conseillers, directeurs de services professionnels et travailleurs sociaux ont participé aux échanges et ateliers.

4- La réponse à la consultation

4.1 La couverture médiatique

La couverture médiatique entourant la consultation publique fut abondante dans les hebdos locaux de chaque quartier visité par l'Agence. Nous avons pu observer trois vagues de publications d'articles régionaux.

D'abord, avant le lancement des activités de consultation et une fois qu'elles étaient terminées, la presse rapportait surtout les appréhensions des établissements fusionnés avec l'arrivée du projet de loi 25. On y opposait leur vision à celle du ministère de la Santé et des Services Sociaux et de l'Agence. Par exemple, en février, on écrivait dans les Nouvelles de l'Est que le « conseil d'administration du CLSC Hochelaga-Maisonne n'a toujours pas avalé la pilule. Les fusions commandées par la Loi 25 effraient au plus haut point. »[2]

La dernière vague se situe à la suite de chaque assemblée publique alors que les journalistes locaux ont pu rencontrer le président-directeur général de l'Agence, M. David Levine, pour lui soumettre des questions concernant le projet de loi. Dans leur journal respectif, ils ont rapporté les grandes lignes et les objectifs de la réforme du réseau de la santé montréalais en plus des impacts qu'elle aurait dans leur quartier.

La presse nationale a aussi contribué a informer la population sur le projet de loi 25 et la réforme qui s'amorce dans le réseau de la santé montréalais. Mais elle s'est davantage concentrée sur l'opinion des groupes d'intérêt, en particulier les syndicats et les regroupements des CLSC et des CHSLD, concernés par la réforme. Ils ont aussi abordé les divergences d'opinions de ces groupes sur certains enjeux. On pense entre autres aux

[2] « Le CLSC continue la bataille : Une pétition contre la Loi 25 est en circulation », Nouvelles de l'Est, 18 février 2004, 1 et 3.

médecins omnipraticiens de Montréal qui sont favorables à l'inclusion des hôpitaux dans les centres de santé et de services sociaux et aux médecins de CLSC qui s'y opposent.

Ces journaux ont aussi couvert les audiences publiques où les organisations venaient présenter leur mémoire. Ils ont fidèlement rapporté leurs propos et leurs visions sur le projet de réforme. Par exemple, La Presse a tenu à souligner les appréhensions des communautés ethnoculturelles sur la préservation des services qui leur sont destinés.

Un autre sujet qui a fait couler beaucoup d'encre dans la presse nationale, tant dans les éditoriaux, les chroniques que les articles, a été le besoin d'argent neuf que la réforme du réseau de la santé à Montréal, en particulier en ce qui a trait à l'implantation de la toile informatique, nécessitera pour qu'elle soit une réussite. L'éditorialiste du quotidien The Gazette croit que la réforme est souhaitable, « but foresight, planning and logic are useless without adequate staffing and funding [...] Without adequate funding, however, this is all just a fruitless exercise »[3].

Finalement, les médias électroniques de Montréal ont accordé quelques reportages sur la réforme en générale et sur les préoccupations des participants et groupes lors de certaines assemblées publiques.

4.2 La participation

Activités de consultation	Nombre de personnes inscrites	Nombre
Forums sectoriels :		
Forum personnes âgées	107	
Forum jeunesse	124	
Forum sur les ressources informationnelles	150	
Forum de consultation des comités d'usagers	72	
Table ronde des partenaires intersectoriels	21	
Assemblées publiques	1 850	
Audiences publiques :		
Avis écrits déposés		42
Avis écrits déposés sans présentation		109
Lettres d'appui		39
Consultation du site Internet de l'Agence (période du 24 mars au 13 avril 2004) :		
Visites/sessions		14 696
Impressions de documents		5 679

[3] « Great health plan, but it needs cash », The Gazette, 5 avril 2004, A24.

4.3 L'appréciation générale des participants

Dans les assemblées publiques et les forums sectoriels, les participants ont souligné l'importance que cette consultation publique avait pour eux. Toutefois, ceux-ci critiquent la rapidité avec laquelle elle a été menée. Ils ne croient pas pouvoir arriver à un consensus éclairé, puisque, selon eux, les partenaires du réseau n'ont pas été consultés adéquatement. En premier lieu, ils estiment qu'une réelle consultation aurait d'abord abordé l'essence même du projet de loi 25 et n'aurait pas porté exclusivement sur des « modalités » d'application. Plusieurs rejettent donc le projet de loi 25 en entier. Ils ont l'impression que les dés sont déjà jetés et que les résultats émanant de la consultation ne seront pas sérieusement pris en compte. C'est d'ailleurs ce qui fait dire à certains que la réforme du réseau de la santé est un projet périlleux. Michel Taylor, président du Conseil régional du Montréal métropolitain de la FTQ, craint « la mort de la concertation au Québec ». Par ailleurs, une grande partie d'entre eux jugent insuffisant le temps alloué à la consultation et critiquent le rythme effréné du processus menant à l'implantation des réseaux locaux.

5- Les faits saillants de la consultation

5.1 La dynamique montréalaise

À travers les assemblées publiques, les avis écrits, les mémoires et les forums sectoriels, la dynamique et les particularités montréalaises sont ressorties.

D'abord, la mobilisation générale des établissements et des organisations du milieu de la santé démontre leur intérêt à l'égard du système de santé et de son bon fonctionnement.

En outre, la grande participation de la population aux 11 assemblées publiques et les enjeux locaux y ayant resurgi sont la preuve de l'attachement des Montréalais à leur localité et à la vie de quartier.

La diversité ethnoculturelle de Montréal a aussi fait partie des débats lors des activités de consultation. Certains établissements de santé ont d'ailleurs demandé un statut particulier compte tenu de la spécificité de leur clientèle. Ce statut leur permettrait d'être exclus des centres de santé et de services sociaux.

Par ailleurs, comme le fait remarquer la Conférence régionale de l'AHQ de Montréal, Montréal se caractérise par la mobilité de sa population. Montréal est aussi « une ville centre et une ville universitaire. Les populations des couronnes limitrophes de Laval, des Laurentides, de Lanaudière et de la Montérégie ont libre accès aux ressources de l'île de Montréal »[4]. La Ville de Montréal partage donc ses services avec d'autres régions, surtout en raison du lieu de travail et de loisirs des gens et de la nature des services

[4] Extrait de l'Avis de la Conférence régionale de l'AHQ de Montréal dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, mars 2004, p.5.

qu'elle offre. Ainsi, selon la Conférence, l'Agence doit tenir compte de ces aspects particuliers à Montréal dans l'élaboration de sa proposition.

Toutes ces particularités, qu'on retrouve moins à l'extérieur de la ville de Montréal, font dire à certains organismes, comme le Conseil central du Montréal métropolitain de la CSN, que cette réforme de structures n'est pas possible à Montréal, que les flux de population montréalais s'opposent à la création d'un découpage territorial.

5.2 Les thèmes principaux

Des objectifs louables

De façon unanime, les organisations et les citoyens approuvent les objectifs d'intégration des services de santé et des services sociaux à Montréal. On estime que de vouloir rapprocher les services de la population et faciliter le cheminement des personnes dans le réseaux sont des objectifs louables. À titre d'exemple, la Coalition pour le maintien dans la communauté a toujours souhaité le développement de réseaux intégrés visant une meilleure coordination des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Le projet de loi 25

Plusieurs citoyens et organisations ont profité des consultations publiques pour s'inscrire en faux contre l'implantation pure et simple du projet de loi 25. Le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM), comme plusieurs autres, appuie sa position sur le fait que la consultation ne permette pas à l'ensemble de la population et des organismes de se prononcer et qu'elle n'aborde pas les enjeux majeurs de la réforme. On rejette aussi le projet de loi 25 puisqu'il n'émane pas d'un processus démocratique, d'une demande provenant de la population et du milieu de la santé. L'Action autonomie parle du projet de loi 25 comme d'un « outil de contrôle social » alors que le Projet Genèse le qualifie d'«inacceptable ». On estime d'ailleurs que les impacts ne sont pas assurés, du fait que l'ajout de ressources financières – pour la transition et la santé en général – et humaines n'est pas au rendez-vous. D'ailleurs, souvent a-t-on affirmé avoir peur que le réseau de la santé en sorte davantage fragilisé. Plusieurs représentants syndicaux ont annoncé en assemblées publiques l'éventualité d'une contestation massive contre ce projet, des employés du réseau de la santé ont même parlé de tenir une grève s'il n'est pas retiré.

Pour plusieurs, et davantage pour les CLSC, c'est la fusion forcée des établissements qui fait problème. À titre d'exemple, un groupe de CHSLD-CLSC de la sous-région Nord de Montréal se dit « convaincus de la justesse d'une intervention ministérielle qui mise sur la création de réseaux locaux » et qui « vient surtout offrir un précieux levier pour consolider et élargir les réseaux existants ». Toutefois, il estime que le gouvernement devrait davantage s'attarder à la simple mise en réseau de services intégrés avec des ententes de services plutôt qu'à la fusion obligée des établissements. Il croit que « ces

regroupements forcés vont saper [leurs] efforts centrés sur la clientèle au profit de l'érection d'une structure peu propice à la mobilisation de [leurs] employés et de [leurs] partenaires communautaires »[5]. D'ailleurs, bon nombres d'organisations affirment que ce processus de collaboration est déjà entamé entre les établissements et qu'il faut simplement le consolider et l'améliorer.

Par ailleurs, on croit que le « territoire montréalais présente tellement de particularités qu'il se prête très mal à un modèle basé sur un découpage local où les établissements perdraient leur spécificité au profit des fusions »[6]. On ne voit pas non plus comment les fusions d'établissements amélioreront les services à la population. Plutôt, on croit que ça « risque de compliquer la gestion des services, d'accentuer la bureaucratisation, d'allonger les délais de réponse aux besoins de la population montréalaise et de dépersonnaliser les services. En fait, le processus atteindrait l'objectif contraire à ce qui est recherché. »[7] Pour des syndicats, il s'agit là d'une loi qui embrasse le libéralisme économique et qui vient donc faciliter la décentralisation des négociations, la privatisation du système de santé et le désengagement de l'État.[8]

C'est avant tout pour ces raisons que plusieurs syndicats et organismes communautaires invitent l'Agence à faire pression sur le gouvernement pour qu'il abandonne ce projet et qu'il se concentre davantage sur les services de prévention et une meilleure situation des travailleurs du réseau.

Dans un autre ordre d'idées, certaines organisations voient d'un bon œil l'arrivée du projet de loi 25. À l'instar du Comité de direction du DRMG, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont affirme que « la mise en place de réseaux locaux constitue une avenue intéressante dans l'évolution du système de santé québécois »[9]. Pour l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM), c'est

> la concrétisation du travail de plusieurs années [...] pour doter la région d'un modèle d'organisation qui lui est propre et qui lui ressemble. L'idée que les services émanent d'une seule direction est certainement porteuse de solutions dans un contexte de croissance des besoins et de rareté des ressources. [...] L'incorporation officielle de ce modèle d'organisation au réseau montréalais ne pourra qu'être bénéfique pour la population.[...] Tous s'entendent pour dire qu'une première ligne forte et cohérente est le point de départ d'un système de santé efficace.[10]

---

[5] Extraits de la *Position* d'un groupe de CHSLD-CLSC de la sous-région Nord de Montréal dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, novembre 2003, P.2-3.

[6] Extrait du *Mémoire* de la FIIQ et de ses syndicats affiliés dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 19 mars 2004, P.18.

[7] Extrait de la *Position* du Conseil provincial des affaires sociales (SCFP-FTQ) et du Syndicat québécois des employées et employés de service (section locale 298-FTQ) dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, mars 2004, P.8.

[8] *Avis* du Conseil central du Montréal métropolitain dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, mars 2004.

[9] Extrait de l'*Avis* l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 8 avril 2004, P.6.

[10] Extrait de l'*Avis* de l'AMOM dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, mars 2004, P.3-13.

Tout en exprimant ses inquiétudes, le Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise à Montréal croit qu' « il y a un certain nombre d'avantages à tirer du développement de réseaux locaux. [Selon lui,] le regroupement d'établissements peut créer la masse critique de clients potentiels et de ressources nécessaires pour permettre d'offrir une large gamme de services dans chaque territoire sous régional »[11]. Pour sa part, la Conférence régionale de l'AHQ de Montréal estime que « l'instance locale avec son organisation par programme est le levier le plus approprié pour intégrer et livrer les services à la population tout en limitant les barrières entre établissements et professionnels et tout en réduisant les limites d'un fonctionnement par silo »[12]. Il est par ailleurs pertinent de mentionner que le Syndicat Canadien de la Fonction publique (local 2869) adhère à la vision d'un système de santé par districts et que le CHU mère-enfant Sainte-Justine offre un accueil très favorable à l'ensemble de la proposition faite par l'Agence.

Cependant, comme plusieurs organisations qui sont contre le projet, la Conférence déplore le flou de la réforme sur plusieurs aspects importants comme l'informatisation du réseau et son financement. La FIIQ et ses syndicats affiliés souhaiteraient en connaître davantage sur le mode de rémunération des médecins, l'organisation de la pratique médicale et infirmière, la formation du personnel, le budget transitoire, les impacts de la réforme, etc.

Finalement, certaines organisations ont tenu a appuyer la réforme, mais sous certaines conditions de succès. La Table de concertation des aînés de Montréal (TCAÎM) pense entre autres à la participation de tous les partenaires du réseaux, à la préservation des missions actuelles des établissements, à davantage de ressources financières et au respect des principes fondamentaux du système de santé public canadien.

Le regroupement territorial

De façon générale, la proposition de l'Agence sur la division du territoire suscite peu de passion. Plusieurs organisations se disent en faveur de sa proposition de 12 réseaux locaux, tout en affirmant ne pas avoir les connaissances appropriées pour en juger efficacement. Quant aux organisations, établissements et citoyens s'étant prononcés clairement lors des activités de consultation, trois enjeux ont attiré leur attention. Premièrement, un grand nombre d'organisations du territoire Centre-Ouest est venu se prononcer sur les deux hypothèses de regroupement. Deuxièmement, certains établissements ont abordé des particularités de leur quartier pour demander des changements au découpage. Finalement, des particularités du découpage en général ont retenu l'attention de certains. On pense entre autres à la taille des territoires et à l'harmonisation de ceux-ci avec les territoires déjà existants.

[11] Extrait de l'*Avis* du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise à Montréal dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, avril 2004, P.1.
[12] Extrait de l'*Avis* de la Conférence de l'AHQ de Montréal, P.4.

Le Centre-Ouest

Dans le Centre-Ouest, l'hypothèse 1 retire plusieurs appuis chez les groupes et a été retenue par la majorité des participants à l'assemblée publique organisée dans ce quartier. La Commission des établissements juifs considère toutefois que devrait y être rattaché le territoire de Snowdon Est en raison des ententes de services déjà existantes entre les CLSC. Le CH Richardson, le CLSC NDG-Montréal-Ouest, le CLSC René-Cassin, l'Institut de gérontologie sociale du Québec et Habitation Mayfair estiment que cette hypothèse est meilleure en terme d'égalité des ressources dans le cas où elle est bonifiée en ajoutant le territoire de Snowdon Est et Ouest. Pour le NDG Community Council, la Maison Elizabeth et la Coalition communautaire sur la santé de N.D.G., l'hypothèse 1 est à retenir en raison de la proximité géographique des CLSC, la comptabilité socio-économique et la similarité dans les programmes et la clientèle. Les Maisons transitionnelles 03 penchent aussi vers l'hypothèse 1 en raison de sa géographie moins étendue et plus homogène.

Quant à l'hypothèse 2, elle retire aussi plusieurs appuis. Le CLSC Métro et le CHU mère-enfant Sainte-Justine estiment qu'elle respecte mieux le profil de consommation des services hospitaliers de la population locale. L'opinion du CHSLD Father Dowd, St-Andrew, Ste-Margaret, du Centre de réadaptation Lisette-Dupras, du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal, du Centre Marc Vanier, de la Fondation Taylor-Birks et de la Fondation Yvon Lamarre va dans le même sens. Ils croient que l'hypothèse 2 respecte davantage les traditions culturelles, religieuses et linguistiques des clientèles. Le Curateur public du Québec privilégie aussi cette position en raison des similitudes et des difficultés rencontrées par les clientèles s'y retrouvant. L'Hôpital Catherine Booth se prononce aussi en faveur de l'hypothèse 2, cela même s'il souhaite en être exclu, car elle répond mieux aux corridors naturels des hôpitaux fournisseurs de services. De son côté, la Commission multidisciplinaire régionale favorise cette hypothèse en fonction de l'organisation des services qui seront à intégrer. Par ailleurs, le Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle (CRADI) propose cette hypothèse, car il respecte mieux le partage des centres de réadaptation en déficience intellectuelle. D'ailleurs, le RACOR en santé mentale, qui regroupe les organismes communautaires et alternatifs en santé mentale à Montréal, affirme que les organismes situés dans ce secteur préfèrent cette hypothèse en raison de la subdivision naturelle du territoire.

Pour leur part, les CLSC Côte-des-Neiges et Parc-Extension souhaiteraient ne pas être fusionnés ni avec le CLSC Métro ni avec le CLSC René-Cassin. Plutôt, ils veulent s'allier dans un réseau qui leur est propre, ce qui aurait pour effet d'obtenir un réseau à échelle humaine et dans le respect de l'approche pluriethnique qu'ils offrent à leur communauté. Cette proposition est appuyée par l'Alliance des infirmières de Montréal.

Le RUIS (réseaux universitaires intégrés de santé) de l'Université McGill propose une solution différente qui respecterait les flux locaux de patients traditionnels. Il souhaite former un consortium de trois hôpitaux pour desservir cette région : Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Hôpital général juif et le Centre hospitalier St. Mary. D'ailleurs, le CUSM propose d'élargir le territoire Centre-Ouest au territoire du CLSC

Saint-Henri et à une partie de celui du CLSC Saint-Laurent. Selon lui, il y aurait alors un meilleur équilibre démographique entre les deux RUIS de Montréal.

En ce qui concerne le Pavillon Foster, il assure sa collaboration peu importe l'hypothèse qui sera privilégiée.

Les particularités locales

Lors de l'assemblée publique du territoire des CLSC Villeray-La Petite Patrie, des personnes et organismes communautaires ont déploré le fait que les deux CLSC de l'arrondissement de La Petite-Patrie, entre lesquels il existent déjà des partenariats, ne se retrouvent pas dans le même centre de santé et de services sociaux. Dans le territoire regroupant les CLSC du Plateau Mont-Royal, Saint-Louis-du-Parc et des Faubourgs, certains résidents du secteur des Faubourgs préfèrent une fusion avec le CLSC Métro, car ils considèrent avoir davantage d'affinités avec le centre-ville. Le Centre d'accueil Denis-Benjamin Viger souhaite pour sa part se regrouper avec les CLSC Lac-St-Louis et Pierrefonds en une instance locale dans l'Ouest de Montréal.

L'hôpital Jean-Talon critique pour sa part le fait que le centre de santé et de services sociaux Villeray-La Petite Patrie contienne un bassin de population trop petit comparativement aux autres territoires et qu'il ne correspond pas aux balises nationales. Dans le même ordre d'idées, le recteur de l'Université de Montréal et la Conférence régionale de l'AHQ de Montréal estiment que l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont se voit attribuer une trop grande part de la population à desservir en comparaison avec les autres centres hospitalier des réseaux. Il craint que cette situation n'affecte les ententes (i.e. de stages en médecine) entre ce centre et l'Université.

En dernier lieu, le regroupement des CLSC-CHSLD de la sous-région Nord de Montréal croient qu'il serait plus approprié si la région Nord n'était pas unifiée en raison, entre autres, de la grandeur du territoire à couvrir (285 000 personnes).

Autres enjeux du regroupement territorial

Bon nombre d'organisations se questionnent sur la taille des territoires proposés, qu'ils considèrent trop grande. Le CLSC Ahuntsic et les Résidences Laurendeau, Légaré, Louvain craignent que la gestion des ressources humaines et le sentiment d'appartenance à l'égard des organisations soient perturbés. Le CHSLD Gamelin-Lavergne demande que soit réévalué l'ensemble du regroupement territorial. Il s'inquiète aussi du fait que la mobilité des employés puisse affecter la continuité des services et le bon climat des petits ensembles d'employés.

Pour sa part, les regroupements des CLSC et des CHSLD de Montréal sont en accord avec le nombre de territoires proposés par l'Agence. Mais le RUIS de l'Université de Montréal souligne qu'il existe dans certains regroupements des « problèmes d'équilibre entre les bassins de population et les ressources disponibles. Pour régler ce problème, [le

RUIS propose de revoir] à la marge les territoires actuels des CLSC qui avaient été définis à l'époque en fonction d'objectifs et de critères très différents des préoccupations actuelles »[13]. Dans le même ordre d'idées, la Conférence régionale de l'AHQ de Montréal rajoute qu'il y a un écart trop important entre les territoires dans le nombre d'établissements regroupés et le budget par personne qui sera octroyé dans les réseaux. Elle croit qu'un équilibre est à trouver en ce qui concerne les budgets et les ressources (par exemple les ressources d'hébergement institutionnelles et non institutionnelles) entre les territoires. D'autres font remarquer qu'il existe des iniquités de services (nombre de lits disponibles) entre les territoires proposés et que cela pourrait entraîner plus de mobilité chez les bénéficiaires. La FIIQ et ses syndicats affiliés voient la situation comme suit : « La loi 25 est évidemment muette au sujet d'une quantité maximale d'établissements; ce manque de clarté permet désormais la création de ces établissements 'monstres' qui risquent d'instaurer une déshumanisation des processus administratifs et organisationnels et, par conséquent, d'avoir un impact sur le moral du personnel et sur l'offre de services à la population »[14]. En effet, tout en appuyant la division des paniers de services en fonction d'une population donnée, les syndicats réclament que les établissements qui les offrent gardent leur autonomie et que les regroupements préservent une taille à « échelle humaine ».

En ce qui concerne le découpage dans son ensemble, certains citoyens en assemblées publiques et des organisations invitées à la Table ronde des partenaires intersectoriels, dont la Commission scolaire de Montréal, souhaiteraient une meilleure harmonisation du découpage sociosanitaire avec les territoires déjà existants – ceux de la Ville, des commissions scolaires, de la réadaptation, des Centres jeunesses et de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), etc. La Commission propose de revoir son propre découpage territorial suivant cet esprit d'harmonisation. Aussi, plusieurs organisations du réseau de la santé, comme la Table de concertation des CRDI, assurent leur collaboration et croient pouvoir s'adapter quel que soit le découpage des territoires. À cet égard, des groupes communautaires, en particulier La Maison des Familles de Mercier-Est, souhaitent que l'Agence reconnaisse que les réalités locales qu'ils prennent en compte dans leurs activités peuvent s'avérer différentes de celles que l'on retrouve à l'intérieur des limites territoriales sociosanitaires.

L'inclusion des hôpitaux : des pour et des contre

Les opinions concernant l'inclusion des hôpitaux dans les centres de santé et de services sociaux sont partagées.

Du côté de ceux qui sont contre, on retrouve presque la totalité des CLSC et CHSLD de Montréal. C'est d'ailleurs dans l'optique de proposer une solution de rechange que leurs regroupements se sont joints dans la formulation d'un avis écrit. Leur proposition a d'ailleurs reçu un grand nombre d'appuis des groupes communautaires. En effet, les

[13] Extrait du *Résumé* du mémoire du RUIS de l'Université de Montréal dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, avril 2004, P.1.
[14] Extrait du *Mémoire* de la FIIQ et ses syndicats affiliés, P.12.

regroupements des CLSC et des CHSLD y vont d'une contre proposition, qui inclut les mêmes douze territoires pour l'organisation des réseaux locaux de services. Selon leur vision, chaque réseau comprendra différents partenaires entre l'instance locale, issue de la fusion des CLSC et des CHSLD du territoire, les cliniques privées, les centres hospitaliers, les organismes communautaires et les résidences privées situées sur le territoire desservi par le réseau. Cependant, ils recommandent qu'aucun hôpital ne soit intégré dans un centre de santé et de services sociaux. Ils concluent qu'à Montréal, en raison de l'entrecroisement des bassins de desserte et des habitudes de la population, il serait trop complexe de le faire, peu importe le territoire. Ils proposent, en lieu et place, la signature d'ententes entre les douze centres de santé et de services sociaux et tous les hôpitaux pour assurer la continuité des soins et des ententes plus spécifiques avec les principaux centres hospitaliers qui desservent le plus la population de chacun des territoires. Dans leur avis écrit, les CLSC et CHSLD donnent plusieurs raisons de ne pas inclure un hôpital dans les instances locales. Parmi elles, on retrouve : « aucun centre hospitalier à Montréal n'est réellement communautaire », « nous ne souhaitons pas deux types d'instances parallèles : certaines avec centres hospitaliers et d'autres sans », ceci « risque de créer des déséquilibres majeurs dans l'accès aux services », il s'agirait d'un regroupement de « missions différentes » et de « cultures organisationnelles » différentes, « des arbitrages [...] devront être faits par le c.a. entre la 1ère ligne et la 2e et 3e ligne », « 89% des établissements concernés [rejettent] la proposition »[15], etc.

D'autres arguments en défaveur de la proposition de l'Agence d'inclure les hôpitaux ont été invoqués. D'un côté, on estime que leur inclusion pourrait affecter la mission des établissements plus petits, puisque le « pouvoir politique et économique de l'hôpital risque de dominer cette nouvelle instance locale »[16]. En effet, on craint que les CLSC perdent leurs dimensions sociale et préventive au fil du temps puisqu'on semble privilégier une approche curative avec la réforme. D'ailleurs, des établissements de soins de longue durée croient que la culture hospitalière qui viendrait avec l'inclusion des hôpitaux pourrait fort bien faire disparaître l'approche « milieu de vie » qu'ils ont durement mis en place depuis 20 ans. Ainsi, ils demandent la fusion entre les établissements de 1ère ligne afin de partager leur expertise. Pour eux, il s'agit de la seule solution pour mobiliser le personnel vers la réforme. Aussi, plusieurs établissements redoutent qu'avec l'inclusion des hôpitaux, la grande taille des regroupements et le trop grand nombre d'employés qui en résulteraient, les centres de santé et de services sociaux ne puissent garder une vision locale dans leurs interventions. On craint d'ailleurs que les organismes communautaires résistent à former des partenariats avec ces trop grosses instances.

L'exclusion des hôpitaux est souhaitée par bon nombre d'établissements, de peur qu'en situation déficitaire ceux-ci grugent le budget des autres établissements inclus dans le CSSS afin de remplir leur obligation de présenter un budget équilibré. D'ailleurs, les

---

[15] Extraits de *L'option communautés santé* des regroupements des CLSC et des CHSLD de Montréal dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, mars 2004.

[16] Extrait de l'*Avis* du Centre communautaire Chez-nous de Mercier-Est dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 8 avril 2004, P.4.

regroupements des CLSC et des CHSLD de Montréal n'acceptent « pas la proposition de l'Agence d'inclure un centre hospitalier dans l'instance locale pour de multiples raisons, dont notamment, l'importante complexité qu'engendrerait l'intégration; complexité qui compromet de manière certaine [selon eux] toute amélioration de services »[17]. En effet, selon plusieurs établissements et groupes, l'inclusion des hôpitaux ne peut s'appliquer que dans les municipalités plus petites. C'est d'ailleurs pourquoi ils demandent à l'Agence de profiter de l'article 26 de la loi pour exclure tous les centres hospitaliers des regroupements.

Dans la même lignée, l'Association des Médecins de CLSC du Québec croit que « l'entrecroisement des bassins de desserte des hôpitaux montréalais et les habitudes de consommation des populations militent en défaveur de [leur] fusion » aux centres de santé et de services sociaux. En effet, selon elle,

> 75% des hospitalisations dans les futurs CSSS fusionnés à un centre hospitalier [auraient] lieu dans d'autres CH que celui intégré dans l'instance. Conséquemment, [elle croit] que des ententes de services devront, de toutes façons, lier tous les hôpitaux de Montréal et les instances locales afin de garantir que, quel que soit le lieu d'hospitalisation des patients, les informations pour assurer le suivi de ceux-ci seront acheminées correctement et dans des délais raisonnables.[18]

Plusieurs estiment d'ailleurs que la conclusion d'ententes de services avec tous les hôpitaux servirait mieux la liberté de choix que souhaite garantir le réseau à ses bénéficiaires.

Dans un ordre d'idées plus pointu, les commissions scolaires demandent aussi l'exclusion des hôpitaux puisqu'ils craignent que les services de prévention et de promotion de la santé offerts dans les écoles ne soient plus une priorité.

En ce qui concerne ceux qui soutiennent l'inclusion des hôpitaux dans les centres de santé et de services sociaux, ils craignent que leur exclusion ne change rien au fonctionnement en silo actuel. La Conférence régionale de l'AHQ de Montréal estime d'ailleurs que « l'exclusion des hôpitaux [limiterait] la poursuite des résultats attendus d'accessibilité, de prise en charge et de continuité de services »[19]. Elle demande à ce que le plus d'hôpitaux possible soient inclus dans les centres de santé et de services sociaux, car selon elle, un contrat de première instance n'assurera pas leur imputabilité quant à la continuité des services. Le Syndicat Canadien de la Fonction publique (local 2869) rejette aussi le modèle de réseaux locaux proposé par les CLSC et les CHSLD. Selon lui, « la présence d'un hôpital permettra d'avoir une main d'œuvre plus diversifiée avec un plus grand équipement et une proximité des services les uns aux autres, pour le bénéfice autant des personnes salariées que des usagers. [...] Ce rayonnement devrait attirer le corps médical. » Il soutient toutefois que même si l'inclusion des hôpitaux est « vital

---

[17] Extrait de *L'option communautés santé* des Regroupement des CLSC et CHSLD de Montréal, P.30.
[18] Extraits de *La pratique médicale en CLSC et le projet médical territorial des futures réseaux locaux à Montréal* de l'Association des médecins de CLSC du Québec dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 18 mars 2004, P.11.
[19] Extrait de l'*Avis* de la Conférence régionale de l'AHQ de Montréal, P.14.

comme base d'assise en service intégré », des mesures doivent garantir que les services des établissements ne seront pas « dénaturés [par le] drainage budgétaire »[20]. L'Association des médecins omnipraticiens abonde dans le même sens. Elle estime qu'il est nécessaire d'inclure les hôpitaux pour contrer la « déficience » de « l'offre de service en première ligne [...] par manque d'accessibilité à un plateau technique adéquat et par l'absence de corridors de transfert efficaces et simples avec la deuxième et la troisième ligne »[21]. Il est par ailleurs pertinent de souligner que le CLSC Montréal-Nord et le CHSLD Paul-Lizotte se rallient aussi à l'idée d'inclure les hôpitaux. Selon eux, ceci « facilitera l'orientation [de la] clientèle et améliorera son accessibilité à la gamme complète des services de santé de première ligne »[22]. Ils tiennent toutefois à ce que soient assurées les missions des établissements compris dans les centres de santé et de services sociaux.

Les assemblées publiques ont été l'occasion pour les participants de demander des éclaircissements à l'Agence quant à l'étanchéité des budgets et la préservation des missions des CLSC. Malgré les garanties offertes, plusieurs d'entre eux se sont montrés sceptiques.

Des établissements demandent leur retrait des centres de santé et de services sociaux

Quelques établissements du réseau préalablement inclus dans un centre de santé et de services sociaux demandent leur exclusion de ces centres en raison soit de la spécificité de leur clientèle, soit de leurs services spécialisés, soit de leur mission universitaire, soit de la distribution de leurs services au niveau régional ou supra-régional. Plusieurs représentants de ces établissements sont venus exprimer leur point de vue dans les assemblées publiques de leur quartier.

Par ailleurs, peu d'organisations, autres que les requérantes, se sont prononcées sur ce sujet. Le Syndicat Canadien de la Fonction publique (local 2869) fait exception et croit que l'exclusion d'établissements « du modèle proposé par l'Agence doit être couvert par un critère provincial et non de langues officielles ou de religions, incluant une spécificité pour l'Institut de gériatrie de Montréal »[23]. La Commission multidisciplinaire régionale croit pour sa part « que seuls les hôpitaux pouvant démontrer que leur mission de 3e et de 4e ligne est importante devraient être exclus des regroupements afin de préserver leur expertise spécifique »[24].

---

[20] Extraits de *l'Avis* du SCFP (local 2869) dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, avril 2004, P.9.
[21] Extrait de *l'Avis* de l'AMOM, P.5.
[22] Extrait du *Résumé de l'avis* du CLSC Montréal-Nord et du CHSLD Paul-Lizotte dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, avril 2004, P.1.
[23] Extrait de *l'Avis* du SCFP (local 2869), P.9.
[24] Extrait de *l'Avis* de la Commission multidisciplinaire régionale dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 7 avril 2004, P.3.

Les raisons invoquées de demande d'exclusion ou de statut particulier par les établissements

	Spécificité de clientèle	Services spécialisés	Mission universitaire, de recherche et/ou d'enseignement	Mission régionale	Mission supra-régionale
Demandes d'exclusion					
Centre hospitalier de St. Mary	X		X	X	
Centre hospitalier Mont-Sinaï	X				X
Centre hospitalier gériatrique Maimonides	X				X
CHSLD Juif de Montréal	X				X
Hôpital Catherine Booth de l'Armée du Salut		X		X	
Hôpital Chinois de Montréal	X				X
Hôpital de réadaptation Lindsay	X	X		X	
Hôpital Santa-Cabrini	X				
Institut Canadien-Polonais du Bien-Être	X				
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	X	X	X		X
CHSLD Father Dowd, St. Andrew et St. Margaret – dans son deuxième avis écrit	X				
Demande de statut particulier					
Manoir Cartierville		X			X

Le Manoir Cartierville demande un statut particulier, et non d'être exclu du centre de santé et de services sociaux, afin de confirmer et d'assurer sa mission supra-régionale pour sa clientèle spécifique.

La prévention

Dans son avis écrit, la Commission scolaire de Montréal a bien synthétisé les préoccupations des nombreux groupes et citoyens en ce qui a trait à l'attention qui sera portée à la prévention dans la création des réseaux locaux de services.

> Les objectifs présentés dans le cadre de la présente organisation des services de santé et de services sociaux [...] semblent répondre principalement de façon curative aux problèmes de santé et psychosociaux. L'aspect de la prévention, qui nous apparaît primordial dans l'amélioration du bien-être physique et mental de la population à moyen et à long terme, ne transparaît pas comme une priorité

d'intervention dans cette proposition. Somme toute, nous craignons que la prévention passe au second plan au profit de l'approche curative.[25]

Cette crainte que la prévention en santé soit reléguée au second plan au profit d'une approche curative incite plusieurs groupes, particulièrement les CLSC et les CHSLD, à s'opposer au projet de loi 25 et principalement à l'intégration des hôpitaux dans les centres de santé et de services sociaux. Plusieurs insistent donc pour que la mission sociale, communautaire et préventive des CLSC soit garantie par l'Agence. Ainsi, les organisations se demandent si la prévention – dans tous les domaines de la santé – sera un pan important d'intervention dans la réforme alors qu'elle est déjà négligée dans le réseau actuel.

Plusieurs s'inquiètent du fait que l'Agence accorde peu d'importance à la prévention dans sa proposition, puisque pour eux, il s'agit là d'une condition de réussite de la réorganisation du réseau. À cet effet, les commissions scolaires de Montréal et English Montreal souhaitent connaître la place qui leur reviendra au sein des centres de santé et de services sociaux et l'accueil que leurs initiatives en prévention – par exemple la création d'un carnet éducationnel pour chaque élève ou les partenariats avec les CLSC – auront avec la réforme. La Commission scolaire de Montréal désire aussi savoir si l'on précisera les rôles, mandats et responsabilités des partenaires dans le cadre de l'entente MEQ-MSSS. Le Recteur de l'Université de Montréal estime qu'un arrimage « serré » entre les aspects sociaux et médicaux est impérieux. Il souhaite aussi que la place du Centre Jeunesse affilié à l'Université de Montréal soit définie.

Dans un autre ordre d'idées, la FIIQ et ses syndicats affiliés croient que le mode de financement des CSSS mettra en péril l'aspect préventif en santé.

Finalement, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec affirme dans son avis écrit qu'il « intensifiera ses représentation afin d'amener le Gouvernement à mieux définir ses actions en matière de promotion de la santé et de la prévention des maladies »[26].

La gouverne

Plusieurs organisations s'inquiètent du fait que les membres des conseils d'administration (c.a.) des centres de santé et de services sociaux soient nommés par le ministre de la Santé et des Services Sociaux. Elles se questionnent entre autres sur leur degré d'imputabilité et préféreraient que l'on procède par concours assurant le mérite et la compétence des administrateurs. Elles déplorent aussi le fait que dans ces c.a. ne soit incluse aucune représentation citoyenne. Pour eux, cela signifie que la prise de décision s'éloigne de la population et qu'il y a réduction de l'espace où celle-ci peut s'exprimer. Le Conseil central du Montréal métropolitain estime qu'on élimine « les derniers restes

[25] Extrait du *Mémoire* de la Commission scolaire de Montréal dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, mars 2004, P.6.
[26] Extrait du Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, avril 2004, P.11.

de démocratie en remplaçant les citoyennes et les citoyens élus par des personnes nommées et choisies par le régime libéral au pouvoir »[27]. L'enjeu de la représentation citoyenne se retrouve dans la plupart des avis écrits et dans les commentaires des participants aux assemblées publiques. On soutient qu'il s'agit d'une nécessité. Pour la Table de concertation des aînés de Montréal, « il serait pertinent de corriger la situation en prévoyant, notamment, une plus grande participation des citoyens en provenance des populations d'usagers sur chacun des c.a. des CSSS »[28]. Le forum de la population a aussi donné quelques orientations pour une meilleure représentation de la population dans la composition des c.a. Il recommande que « plusieurs membres [...] soient des représentants de la population, [...] qu'ils ne devraient provenir d'aucun groupe d'intérêt ni d'aucun établissement du réseau montréalais de santé et de services sociaux ». Aussi, il estime important que ces membres « puissent bénéficier d'une formation adéquate [...] en raison de la complexité des enjeux ». Finalement, il souhaite « que les représentants des différents établissements du Centre de santé et de services sociaux qui siégeront sur le c.a. soient sélectionnées parmi les membres élus par la population des anciens c.a. des établissements »[29].

On souhaite aussi que le processus de nomination des directeurs généraux intérimaires se fasse en tenant compte des opinions et de l'expertise des membres des c.a. des établissements fusionnés. Le Comité des patients du Centre universitaire de santé McGill, qui trouve malheureux pour la « prise directe sur la collectivité et sur les préoccupations et besoins des patients » que les c.a. soient démantelés, propose que « chaque établissement [fusionné compte] un Conseil consultatif doté de véritables pouvoirs et responsabilités »[30]. Selon la Coalition communautaire sur la santé de N.D.G., un comité consultatif, dans lequel seraient représentés les groupes communautaires, « permettrait une meilleure compréhension de la part du public eu égard aux processus associés aux soins de santé, et faciliterait l'intégration des services »[31]. En assemblées publiques, certains ont fait ressortir leur inquiétude de voir qu'un seul c.a. gérera d'aussi grands territoires.

Une divergence d'opinion s'observe toutefois chez les groupes. Certains, comme l'Alliance des infirmières de Montréal, souhaitent que le premier c.a. d'un centre de santé et de services sociaux soit composé d'un membre de chaque établissement fusionné. D'autre part, certains, comme la Conférence régionale de l'AHQ de Montréal, recommandent une parité de mission dans la composition des nouveaux conseils d'administration des CSSS. La Conférence estime qu'avec cette mesure, le rapport de force entre les établissements serait juste. D'ailleurs, elle propose aussi qu'il y ait au sein des c.a. une « représentativité des différentes parties du territoire, des secteurs d'activités

---

[27] Extrait de l'*Avis* du Conseil central du Montréal métropolitain, P.8.
[28] Extrait de l'*Avis* de la Table de concertation des aînés de l'île de Montréal dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 8 avril 2004, P.7.
[29] Extraits de l'*Avis* du Forum de la population dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 20 avril 2004.
[30] Extrait de l'*Avis* du Comité des patients du Centre universitaire de santé McGill dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 7 avril 2004.
[31] Extrait des *Commentaires* de la Coalition communautaire sur la santé de N.D.G. dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, avril 2004, P.1.

ou des groupes socio-culturels, linguistiques ou démographiques »[32]. À cet égard, le Forum de la population recommande « que les membres du c.a. soient des résidents [et] proviennent des différentes sous-régions du territoire du Centre de santé et de services sociaux »[33]. Finalement, dans les assemblées publiques, certains participants ont fait valoir leur désir de voir des membres du personnel et des comités d'usagers des établissements siéger sur les c.a.

Des organisations ont aussi fait connaître certaines attentes particulières dans la composition des conseils d'administration. Des groupes communautaires, comme le CRADI et le Conseil pour le développement local et communautaire Hochelaga-Maisonneuve, souhaiteraient que de leurs représentants participent à la vie administrative des centres de santé et de services sociaux. Le Centre Gabrielle-Major et le Pavillon Foster espèrent voir un représentant provenant d'un établissement spécialisé ou surspécialisé tel les centres de réadaptation dans les conseils d'administration des centres de santé et de services sociaux. Pour sa part, l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM) recommande que les médecins, du milieu et/ou du centre médical associé (CMA) créé, aient une voix de quelconque façon dans l'administration des CSSS. Plusieurs proposent d'ailleurs que l'Agence assure la présence d'un membre des trois conseils professionnels (CMDP, CII, CM) et des fondations sur les conseils d'administration des CSSS. Par ailleurs, la Commission scolaire de Montréal, le Recteur de l'Université de Montréal et les organisations représentant la communauté anglophone de Montréal désirent être représentés sur chacun des nouveaux c.a. des CSSS sur son territoire. Le Syndicat Canadien de la Fonction Publique (local 2869) a aussi manifesté son désir de jouer un rôle en tant qu'agent socio-économique au sein des c.a. Quant aux groupes de femmes, ils réclament « une représentation paritaire des hommes et des femmes sur les c.a. des réseaux locaux »[34] et une structure de concertation pour la population incluant les groupes de femmes.

Par ailleurs, le Département régional de médecine générale (DRMG) et la Ville de Montréal, souhaitent non seulement être représentés sur les c.a. des CSSS, mais aussi avoir une voix au conseil d'administration de l'Agence.

Finalement, certaines personnes désirent que soit assurée l'indépendance des directeurs quant aux décisions concernant leurs établissements. Le CHU mère-enfant Sainte-Justine considère d'ailleurs que le « principe de responsabilisation réelle des instances locales apparaît essentiel à l'atteinte des objectifs. De tels regroupements sans responsabilités plus grandes et sans pouvoir d'agir serait inutiles et comporteraient même un risque de bureaucratisation et d'éloignement de la population envers laquelle ils doivent être imputables »[35].

---

[32] Extrait de l'*Avis* de la Conférence régionale de l'AHQ de Montréal, P.12.
[33] Extrait de l'*Avis* du Forum de la population dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 20 avril 2004.
[34] Extrait de l'*Avis* du Centre de santé des femmes de Montréal dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, avril 2004, P.2.
[35] Extrait de l'*Avis* du CHU mère-enfant Sainte-Justine dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, avril 2004, P.4.

Les centres médicaux associés

L'implantation des centres médicaux associés (CMA) semble être bien accueillie par le milieu. On considère que « l'amélioration de l'accès aux services médicaux est une des clés de l'amélioration du fonctionnement du réseau global de la santé et des services sociaux à Montréal »[36]. Toutefois, plusieurs interrogations subsistent. La FIIQ et ses syndicats affiliés sont préoccupés par le manque de clarté quant à la nature des ententes qui lieront les médecins des CMA aux CSSS, quant aux garanties de services que les CMA offriront et quant au rôle et au statut des infirmières qui y travailleront. La Coalition communautaire sur la santé de N.D.G. déplore aussi un manque de clarté à propos des CMA, mais particulièrement en ce qui concerne la nature de l'autorité qu'auront ces centres. Pour leur part, les regroupements des CLSC et des CHSLD de Montréal se demandent comment l'Agence entend financer ces CMA et si leur développement sera la première priorité dès l'établissement des CSSS. Aussi, ils croient que la coordination des services pour les clientèles vulnérables devrait être attribuée aux CLSC, puisqu'il ont développé au fil du temps une expertise et un environnement multidisciplinaire adéquats.

Par ailleurs, différents établissements, comme le CLSC Ahuntsic et les Résidences Laurendeau, Légaré, Louvain, craignent qu'ils ne soit possible d'instaurer un CMA sur leur territoire par manque d'effectifs médicaux. Pour l'AMOM, la réussite des CMA passe avant tout par la présence d'effectifs médicaux suffisants.

Quant aux médecins en CLSC, qui appuient la proposition des CMA, ils souhaitent que la coordination des services du réseau soit assurée par les centres de santé et de services sociaux. Ils veulent par ailleurs s'assurer que les médecins de CLSC dans les CMA bénéficient aussi des incitatifs financiers prévus dans les budgets de ces centres afin d'améliorer leurs conditions de pratique.

Dans un autre ordre d'idées, l'Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec, le CLSC-CHSLD de Rosemont et le Projet Genèse jugent que les CLSC sont en mesure d'assumer la mission que l'Agence conférerait aux CMA. Dans ce cas, certains jugent qu'il faut miser sur l'amélioration des services déjà existants au lieu de créer une division entre les CSSS et les CMA. Des craintes ont aussi été formulées à l'effet que les médecins des établissements de santé actuels pourraient vouloir se détacher des CLSC pour aller pratiquer en CMA, où les structures seraient moins rigides. Finalement, lors des assemblées publiques, des travailleurs en CLSC et des groupes communautaires ne croient pas que l'on puisse qualifier les CMA d'initiative locale, à cause de la trop grande taille des territoires.

Comme enjeu particulier, des résidents du quartier des Faubourgs, tout en appuyant la création de CMA, ont tenu à souligner à l'Agence qu'il serait difficile pour leur clientèle vulnérable, compte tenu de leur manque de mobilité, de se déplacer vers un CMA qui ne serait pas situé dans le secteur des Faubourg. Par ailleurs, dans le territoire des CLSC

[36] Extrait de *L'option communautés santé* du Regroupement des CLSC et CHSLD de Montréal, P.27.

Saint-Léonard et Saint-Michel, on s'inquiète de la juste répartition des ressources entre les deux arrondissements.

L'implication des médecins : une nécessité

À l'unanimité, les organisations et les établissements de santé estiment que l'adhésion des médecins est primordiale au bon fonctionnement et à l'implantation des réseaux locaux. Cependant, on sent un esprit de scepticisme chez certains groupes. Pour sa part, le Conseil provincial des affaires sociales (SCFP-FTQ) et le Syndicat québécois des employées et employés de service (SQESS, section locale 298 FTQ) croient que le fait que l'Agence n'ait pas le pouvoir de les y contraindre est une « entrave majeure » à la mise sur pied des réseaux. Certains participants aux assemblées publiques se sont aussi questionnés quant à la viabilité du projet du fait que les médecins ne soient pas obligés de se concerter avec les centres de santé et de services sociaux.

Dans la même lignée, des CLSC se plaignent du fait que le *Document de consultation* de l'Agence parle peu du rôle que seraient appelés à jouer les médecins dans les futurs réseaux. Certains ont peur que les équipes médicales en CLSC voient leur rôle s'affaiblir. D'ailleurs, dans son avis écrit, l'Association des médecins de CLSC du Québec explique l'inquiétude de ses membres à cet effet. Elle souhaite qu'une place « significative » soit assurée aux médecins de première ligne dans les centres de santé et de services sociaux. Elle recommande entre autres « la création d'un département de services médicaux de première ligne; un pouvoir significatif au sein du CMDP de l'instance et une présence assurée au sein du comité de direction [et du conseil d'administration] de l'instance »[37].

En tant que représentant des médecins omnipraticiens à Montréal, le Département régional de médecine générale (DRMG) tend à rassurer les groupes sur l'implication des médecins. Il compte d'ailleurs proposer un modèle d'organisation des services médicaux à Montréal afin de compléter ceux des centres de santé et de services sociaux. Il propose entre autres que soient assurés « des liens fonctionnels et informationnels entre tous les médecins de première ligne et les instances locales, ainsi qu'un meilleur accès aux services de deuxième et troisième lignes, et aux plateaux techniques, et ce de façon prioritaire »[38]. Pour l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM), il est nécessaire de définir le rôle des médecins omnipraticiens dans la nouvelle organisation des soins à Montréal. Elle estime entre autres qu'ils ne doivent pas faire l'objet de contrat obligatoires avec les centres de santé et de services sociaux ni les centres médicaux associés. Les regroupements des CLSC et des CHSLD de Montréal souhaiteraient d'ailleurs imiter les ententes de services existantes entre les CLSC (les CSSS le cas échéant) et les cliniques médicales dans la région de Laval. Ils considèrent que cela contribuerait à une meilleure prise en charge de la clientèle par le réseau.

---

[37] Extrait de *La pratique médicale en CLSC et le projet médical territorial des futures réseaux locaux à Montréal* de l'Association des médecins de CLSC du Québec, P.12.

[38] Extrait de l'*Avis* écrit du DRMG de Montréal dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, P.1.

Un autre sujet concernant les effectifs médicaux suscite de l'intérêt chez les organisations : les groupes de médecine familiale (GMF). Plusieurs, dont les regroupements des CLSC et des CHSLD de Montréal, jugent qu'il serait important de miser davantage sur l'implantation de cette ressource sur le territoire de Montréal afin d'assurer une meilleure prise en charge des personnes plus vulnérables.

L'amélioration des services : ce dont le réseau et la population ont réellement besoin

Des organisations de toute sorte ainsi que des citoyens ont profité de la tribune que leur conférait la consultation publique pour lancer un message : ce dont le réseau de la santé a le plus besoin ce sont les ressources financières et humaines et non pas une réorganisation de ses structures. Dans leur avis écrit, la FIIQ et ses syndicats affiliés se demandent « comment la création de nouveaux établissements publics, l'instauration de nouveaux protocoles de suivi, la standardisation des pratiques, la création de corridors de services, la formation des professionnels, [etc.], pourraient se réaliser sans davantage de ressources financières »[39]. Quant aux citoyens en assemblées publiques, bon nombre s'inquiètent qu'une lourdeur bureaucratique s'installe avec ces nouveaux réseaux locaux, et ce, au détriment de l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. On y a à maintes reprises soulevé que les dernières réformes de structures avaient engendré peu de succès.

Des organisations estiment que le manque d'argent neuf apportera son lot de problèmes. Le DCFP-FTQ et le SQESS croient que sans ces ressources en plus, les changements qu'amène la réforme du réseau favoriseront davantage le départ du personnel que sa rétention. D'autres, comme la Centrale des professionnels (les) de la santé du Québec (CPS, craignent que l'on puise dans les budgets existants pour combler les manques qu'entraîneront les fusions.

Certains soulignent qu'une véritable révision des plans d'effectifs médicaux est urgente. Le RUIS de l'Université de Montréal souhaite qu'ils le soient à « la lumière, entre autres, des nouveaux bassins de desserte des RUIS et que leur gestion [soit] confiée à l'ensemble des partenaires du RUIS »[40]. D'autres réclament une meilleure qualité de soins et davantage de ressources pour les services de santé et services sociaux généraux tels que les services à domicile, les services en CHSLD, les soins palliatifs, les supports d'intégration et de maintien des personnes vulnérables dans la communauté, la prévention, les services aux communautés ethnoculturelles, les services psychosociaux, en réadaptation, en santé mentale, à la jeunesse, aux femmes, à la famille, etc.

La consultation a aussi été l'occasion pour des établissements et des associations de réclamer plus de soutien financier dans leur domaine particulier : les services aux personnes atteintes de déficience auditive et aux personnes diabétiques, les Conseil des infirmiers et infirmières (CII) dans les nouvelles instances, les services à la clientèle alcoolique, toxicomane et aux joueurs excessifs d'expression anglaise, etc.

---

[39] Extrait du *Mémoire* de la FIIQ et de ses syndicats affiliés, P17.

[40] Extrait du *Résumé du Mémoire* du RUIS de l'Université de Montréal dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, P.2.

Plusieurs ont aussi exprimé le souhait que les ententes de services déjà existantes entre les établissements soient maintenues avec la venue des réseaux locaux. Les regroupements des CLSC et des CHSLD demandent d'ailleurs que l'Agence développe une entente cadre pour les relations générales applicables à tous les partenaires des réseaux locaux.

Aussi, on remarque à travers les mémoires et les commentaires des participants aux assemblées publiques que la prévention et l'action communautaire constituent des aspects importants sur lesquels ils souhaitent que l'Agence mise. D'autres, comme Solidarité Mercier-Est, croient que l'amélioration des services passe par le renforcement « des services sociaux et médicaux de première ligne au sein des CLSC »[41].

Des recommandations spécifiques pour l'amélioration des services ont été faites :

- Les regroupements des CLSC et des CHSLD de Montréal proposent que le concept de gestionnaire de cas soit développé dans tous les centres de santé et de services sociaux. Ils souhaitent aussi que des ententes de collaboration se développent entre les réseaux locaux et les cliniques médicales. Finalement, ils désirent que s'accélère, après une période de deux ans, la mise en place du système d'admission en CHSLD et que l'on retrouve dans chaque centres de santé et de services sociaux un plateau technique et des urgences mineures ouvertes de 8 h à 22 h;
- L'Association des médecins de CLSC du Québec estime qu'un plan d'organisation clinique doit être développé et que les balises régionales et nationales doivent prendre en compte les activités médicales particulières (AMP) de 1ère ligne dans l'organisation des réseaux locaux;
- La Commission scolaire de Montréal considère que la bonification de ses partenariats avec le réseau sociosanitaire serait bénéfique, entre autres pour ce qui a trait à la prévention;
- L'Association des optométristes du Québec tient aussi à souligner que la participation des optométristes doit être considérée avec sérieux dans la réorganisation du réseau de la santé. Elle estime qu'il s'agirait d'une « bonification de premier plan à l'offre de services efficients de première ligne »[42];
- L'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES) souhaite un plus grand déploiement des soins pharmaceutiques planifiés, organisés et continus dans les réseaux locaux. Aussi, elle espère que l'on opte pour des « mesures de valorisation » du rôle de pharmacien, « des modifications à l'organisation du travail de façon à utiliser leur expertise au maximum » et la « présence d'outils de travail adéquats dans les départements de pharmacie »[43] En dernier lieu, elle

[41] Extrait de *l'Avis* de Solidarité Mercier-Est dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 8 avril 2004.
[42] Extrait du *Résumé du mémoire* de l'Association des optométristes du Québec dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, Mars 2004, P.1.
[43] Extrait de *La valeur ajoutée des soins pharmaceutiques dans la mise en place des réseaux locaux de* services de l'APES dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 19 mars 2004, P.12.

souhaiterait la mise en place d'un forum régional de discussion pour les problématiques reliées aux médicaments.

- Le Centre hospitalier Richardson aimerait que l'on observe en termes de services spécialisés un meilleur taux de réponse et que l'on accorde davantage de financement aux services spécialisés en réadaptation intensive et aux personnes âgées;
- La Commission scolaire English-Montréal souhaite voir rehaussés les services dispensés dans les écoles;
- L'Office des personnes handicapées veut voir les personnes handicapées reconnues comme une clientèle « particulière », voire même « prioritaire » et souhaite que l'on favorise leur participation à la vie active;
- Le Syndicat canadien de la fonction publique (local 2869), comme la majorité des participants à l'assemblée publique du territoire des CLSC LaSalle et du Vieux Lachine, met l'emphase sur la nécessité de développer le Centre hospitalier de Lachine;
- Finalement, la Coalition communautaire sur la santé de N.D.G. estime qu'il sera nécessaire de se pencher sur la qualité et la standardisation des services donnés par les familles d'accueil non accréditées.

Le financement

Peu d'organisation se sont prononcées sur les modes de financement du réseau à Montréal.

Malgré cela, le Curateur public du Québec estime que le partage du financement entre les établissements est un défi de taille. À cet effet, la Commission multidisciplinaire régionale désire davantage de détails concernant les mécanismes prévus par l'Agence « pour moduler les budgets de chacun des CSSS selon les mouvements de sa population à l'intérieur ou à l'extérieur de son territoire pour obtenir ses services de santé et de services sociaux »[44]. Alors que l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont espère des mécanismes de surveillance de ces mouvements de clientèles, la Commission s'inquiète de l'équité de budgétisation entre les CSSS.

D'autres organisations demandent à l'Agence de clarifier l'avenir du financement des organismes avec un mandat régional ou supra-régional. Le Centre de santé des femmes de Montréal s'inquiète à ce sujet et se demande si les réseaux locaux accepteront de financer les activités pour des femmes qui ne font pas partie de leur territoire.

Dans son avis écrit, le Centre hospitalier Richardson réitère sa « préoccupation quant à l'accès aux services requis par les établissements affiliés au réseau et à [sa] capacité [...] à répondre à leurs besoins compte tenu des lacunes dans les ressources allouées »[45].

---

[44] Extrait de *l'Avis* de la Commission multidisciplinaire régionale, P.2.

[45] Extrait du *Mémoire* du Centre hospitalier Richardson dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 2 avril 2004, P.3

Parmi d'autres organismes, la Table de concertation des CRDI et la Commission multidisciplinaire régionale partagent l'orientation de la gestion des budgets protégés par programme. Pour leur part, la FIIQ et ses syndicats affiliés émettent des craintes quant à ce type de financement. Ils se demandent si ce système ne pénalisera pas les CSSS qui privilégieront une approche préventive et qui, par conséquent, ne rencontreront pas les critères d'accès, de qualité, de coûts et de résultats sur la santé. Aussi, ils aimeraient savoir si ce système obligera les établissements à diminuer les coûts de certains services si les dépenses sont plus grandes que prévues. Quant au Centre hospitalier Fleury, il propose l'identification de « conditions facilitantes » pour passer et participer à ce type de financement. Le Forum de la population estime pour sa part nécessaire qu'il faille « s'assurer que les méthodes d'allocation financière par programme soient respectueuses des besoins réels des populations et qu'elles soient régulièrement évaluées, de façon à permettre des ajustements budgétaires »[46].

Y aura-t-il une réelle liberté de choix?

Dans l'ensemble des activités de consultation, les organisations et les citoyens ont demandé à l'Agence l'assurance, pour le patient, d'une réelle liberté de choix du médecin et du lieu de traitement. Des associations et établissements desservant des communautés ethnoculturelles particulières s'attardent spécialement à cet enjeu. À titre d'exemple, la Communauté slovaque de Montréal souhaite que les personnes âgées issues de la communauté slave puissent avoir accès sans contrainte aux services de l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être. L'AMOM, le Centre de santé des femmes de Montréal, le Forum régional sur le développement social de l'île de Montréal et le Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain (ROPMM) sont de ceux qui se sont prononcés en faveur du libre choix dans leur avis écrit. Les organismes Le RACOR et l'Action Autonomie rappellent d'ailleurs la mauvaise expérience de la sectorisation en santé mentale, avec laquelle les usagers doivent se battre pour pouvoir changer de lieu de services ou de médecin. De son côté, le SCFP-FTQ & le SQESS s'inquiètent, puisque la notion de liberté de choix semble incompatible avec celle de territoires définis. Dans le même ordre d'idées, l'Action Autonomie est d'avis que la centralisation des ressources dans les réseaux locaux ne permettra pas une réelle liberté de choix.

Le Comité des patients du Centre universitaire de santé McGill a quant à lui reflété les préoccupations de ses patients, en particulier les malades chroniques. Dans son avis, il écrit qu'il « est essentiel de sauvegarder la continuité des soins par une 'clause de droits acquis' [et qu'] il faut prendre en compte le fort attachement affectif et psychologique de certains patients à leurs médecins et à l'hôpital de leur choix. Des pressions de changement, si subtiles soient-elles, ajouteraient à l'inquiétude d'un patient déjà inquiet de son état de santé »[47].

---

[46] Extrait de l'*Avis* du Forum de la population dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 20 avril 2004.

[47] Extrait de l'*Avis* du Comité des patients du Centre universitaire de santé McGill dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 7 avril 2004.

La place de la santé mentale

Les besoins en santé mentale ont aussi été abordés dans différents avis écrits. La plupart des groupes oeuvrant en santé mentale ont des résistances vis-à-vis la réforme. Par exemple, on estime qu'elle est surabondamment axée sur des préoccupations administratives et sur une philosophie d'intervention médicale. En effet, ils craignent que « l'omniprésence de la dimension médicale de la santé [fasse] que les services psychosociaux [seront] perdants et ce au profit d'une surmédication du système »[48]. On a aussi peur, avec la place qu'occupent les CHSLD, que la clientèle du 3e âge soit classée en zone prioritaire et que les autres recevront moins d'attention. En dernier lieu, le RACOR en santé mentale tient à signaler que les organismes en santé mentale ne souhaitent pas déménager sous prétexte qu'un des 12 territoires en soit privé.

Malgré ces appréhensions, des recommandations ont été exprimées. Plusieurs organismes, dont le Collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, souhaitent qu'un accent particulier soit mis sur la prévention et que les missions des groupes communautaires soient reconnues. On espère aussi que les ententes de services déjà en cours entre les groupes et les établissements pourront être poursuivies. Du côté des assemblées publiques, les besoins des familles ont été abordés. Des parents sont venus expliquer qu'ils souhaitent être davantage impliqués par les établissements et être davantage reconnus comme faisant partie du processus de traitement de leurs enfants.

Pour sa part, le Curateur public du Québec estime qu'il est « impératif d'actualiser la transformation des services de santé mentale dans le cadre de la création des réseaux », puisqu'ils « se font toujours attendre » depuis l'adoption de la politique en santé mentale.[49]

Il est aussi à noter que le Cabinet du Recteur de l'Université de Montréal souligne le peu d'information concernant la santé mentale dans la documentation sur la création des réseaux locaux. Il souhaite que cette question soit largement abordée dans la réorganisation des services de 1ère ligne.

À titre d'enjeu particulier, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont trouve urgent que les réseaux locaux se penchent sur les partenariats entre les médecins spécialistes et généralistes. Il donne l'exemple de l'Est de Montréal où les besoins en santé mentale sont criants.

La condition féminine

La grande préoccupation des groupes de femmes se situe au niveau des engagements que l'Agence a pris en matière de condition féminine et de santé des femmes. Ils souhaitent

[48] Extrait du *Résumé de l'Avis* du RACOR en santé mentale dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, avril 2004, P.1.
[49] Extraits de la *Position du Curateur public du Québec* dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 18 mars 2004, P.4-5.

que ceux-ci soient transférés dans leur intégralité vers les nouveaux centres de santé et de services sociaux sans qu'il y ait des différences d'application. D'ailleurs, ils espèrent, au même titre que les organismes communautaires d'autre nature, le respect de leur mission globale et de leur autonomie. Ils craignent fortement que l'approche « hospitalo-centriste curative telle que proposée par la réforme »[50] nuise à leurs pratiques d'approche globale de la santé qu'ils ont développées. La Table des groupes de femmes de Montréal et le Réseau d'action des femmes en santé et services sociaux (RAFSSS) souhaitent par ailleurs qu'un panier de services intégral et adapté pour les femmes soit disponible dans chacun des réseaux créés.

Dans les avis écrits par ces groupes, plusieurs font état de leurs craintes que les femmes, encore plus nombreuses à se suppléer au réseau comme aidantes naturelles, soient celles qui paient le prix de la nouvelle réforme. Le Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain (ROPMM) met en garde l'Agence contre le risque que la réforme entraîne « une détérioration de leur situation et une menace à leur droit à l'égalité et à la santé »[51]. Le Comité Femmes et Politique de La Marie Debout et le Centre d'éducation des femmes se portent pour leur part contre la réforme, qui constitue, selon eux, des pertes majeures pour les femmes, par exemple en terme de services de proximité et d'influence des citoyennes. Suivant leur position, « aucune chance de succès n'est accordée à ces mégastructures »[52]. Ils souhaitent d'abord et avant tout que les établissements et les quartiers conservent leurs acquis et que seuls des réinvestissements massifs en santé apporteraient des améliorations au réseau.

Des demandes particulières :

- La mise sur pied d'un comité régional-condition féminine;
- Une structure de concertation de la société civile incluant les groupes de femmes;
- La mise sur pied, dans chaque réseau, d'un système assurant l'intégration et la coordination transversale des dossiers en matière de conditions de vie féminine;
- L'application des modalités concernant la condition féminine dans la planification *La santé en actions 2003-2006*;
- La parité hommes-femmes sur les conseils d'administration des centres de santé et de services sociaux;
- Que le suivi psychosocial soit toujours disponible dans les établissements publics.

Les organismes communautaires

Tout en s'alliant aux objectifs de la réforme, les groupes communautaires semblent être ceux qui appréhendent le plus négativement la formation des réseaux de santé à Montréal.

---

[50] Extrait du *Sommaire de l'Avis* de la Table des groupes de femmes et du RAFSSS dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 8 avril 2004.
[51] Extrait du *Mémoire* du ROPMM dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 19 mars 2004, P.7.
[52] Extrait du *Mémoire* du Comité Femmes et Politique de La Marie Debout et le Centre d'éducation des femmes dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, printemps 2004, P.7.

Leurs craintes ont été formulées à maintes reprises et par plusieurs groupes et regroupements d'organismes communautaires dans les avis écrits reçus à l'Agence.

D'abord, on craint que la mission et l'autonomie des organismes communautaires soient évacuées par la réforme. Le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM) explique leurs appréhensions comme suit :

> La Loi 25 a inscrit, sans leur consentement et malgré l'opposition de leurs représentants, les organismes d'action communautaire autonome dans les réseaux locaux de services intégrés. Ce n'est ni plus ni moins l'articulation concrète de la subordination des organismes communautaires [...] et c'est pourquoi nous nous opposons à l'intégration forcée des organismes d'action communautaire autonome aux réseaux locaux de services intégrés et revendiquons le respect du rapport volontaire qui lie la population aux organismes communautaires autonomes.[53]

Les groupes redoutent que la réforme amène le milieu à les voir comme des « producteurs de services qui relèvent de la responsabilité sociale de l'État » et que leurs missions se noient dans les grandes structures. Ils affirment qu'ils est important d'être conscient que les groupes communautaires autonomes « sont nés de la volonté populaire » et qu'ils « sont redevables à leurs membres et non aux réseaux locaux de services ». Ils ont peur de perdre les liens et le sentiment d'appartenance qui les unissent à leur communauté. À cet égard, ils souhaitent que la Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire du gouvernement soit respectée.

Toutes ces appréhensions font dire au ROPMM qu'il s'oppose « à la vision utilitariste de ces organismes » [54]. Les groupes rejettent le mode de financement des établissements selon l'approche populationnelle-programme et craignent, sans refuser d'y participer, les ententes de services. Ils ne souhaitent ni être contraints de s'ajuster à ces programmes pour obtenir leur financement ni être amenés à « sous-traiter » par les ententes de services. Ceci équivaudrait à l'abandon de leur autonomie et aux choix démocratiques de leurs priorités par la population, choix qui peuvent se retrouver à l'extérieur des programmes déterminés par l'Agence. Pour Les Auberges du cœur, cette approche par clientèle-cible ne rejoint pas leur vision communautaire de la santé, qui porte davantage sur les déterminants de la santé (i.e. la pauvreté et l'exclusion) en relation avec la réalité de quartier.

Plusieurs organisations, comme la Commission multidisciplinaire régionale, croient qu'une forme de collaboration entre les CSSS et les groupes communautaires est essentielle pour le « meilleur intérêt de la population ». À cet égard, le Pavillon Foster et la Table de concertation des centres de réadaptation en déficience intellectuelle croient que des ententes de collaboration devraient être clairement définies entre les établissements spécialisés et les groupes communautaires, et ce, dans le respect mutuel des mandats. Des organisations se questionnent d'ailleurs sur ce qu'il adviendra des

---

[53] Extrait de l'*Avis* du RIOCM dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 23 mars 2004, P.5.
[54] Extraits du *Résumé du mémoire* du ROPMM.

programmes de prévention tels que *Naître égaux-Grandir en santé* auxquels elles participent et de leurs collaborations actuelles avec certains CLSC.

Comme différents organismes communautaires, l'Office des personnes handicapées du Québec croit que « des ententes ou des contrats d'association volontaire permettraient aux organismes, qui ne veulent pas être reconnus comme des dispensateurs de services ou qui ne veulent pas travailler à l'intérieur d'un réseau local précis, de poursuivre leur mandat de promotion et d'action communautaire sur le plan régional, et ce, dans le respect de leur autonomie »[55]. D'ailleurs, le Centre de santé des femmes de Montréal s'oppose à la « sectorisation des organismes communautaires par territoire »[56].

D'autre part, les organismes font part du climat d'incertitude qui règne au sein de leurs organisations. Ils redoutent des fermetures et déplorent le manque de clarté quant aux orientations que prendra le ministère de la Santé et des Services sociaux après la période de transition de deux ans vers les réseaux locaux. Les groupes souhaiteraient connaître ce qu'il adviendra du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Certains ont manifesté le désir d'être consultés à cet effet le moment venu. Ceci dit, ils espèrent que le PSOC soit clarifié, que ses balises soient respectées et que sa gestion demeure au niveau régional. Ils estiment que le maintien d'une approche globale pour l'action communautaire leur permettra de ne pas devenir de simples « dispensateurs de services » pour les réseaux locaux. Aussi, plusieurs groupes revendiquent dans leurs avis écrits que soit maintenue et vue comme prioritaire l'évaluation à la hausse du financement (de l'ordre de 11,3 millions de dollars) de l'action communautaire tel que convenu dans le document *La santé en action 2003-2006*.

D'autres conditions de réussite de la réforme ont été évoquées par le Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle (CRADI). De celles-là, on dénombre la reconnaissance du « rôle de défense des droits et des intérêts assumés par les organismes de base, et leur regroupement régional, ainsi que le rôle de concertation joué par ce dernier » et une « attention particulière aux recommandations faites par les organismes de défense des droits pour mieux orienter le réseau dans ses choix »[57].

À titre d'enjeux particuliers, l'Hôpital Catherine Booth de l'Armée du Salut espère que l'Agence tiendra compte de l'implication de l'organisme communautaire l'Armée du Salut dans la gestion de l'hôpital.

Un défi : la mobilisation du milieu de la santé

Une des conditions de réussite invoquée à maintes reprises pour le bon déroulement de l'implantation des réseaux locaux et une bonne intégration des services a été la

---

[55] Extrait du *Résumé des commentaires* de l'Office des personnes handicapées du Québec dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, P.2.
[56] Extrait de l'*Avis* du Centre de santé des femmes, P.5.
[57] Extraits de l'*Avis* du CRADI dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, mars 2004, P.9.

mobilisation des ressources humaines du milieu de la santé. Or, selon les regroupements des CLSC et des CHSLD de Montréal, 89% des établissements concernés par les fusions rejettent d'emblée l'inclusion des hôpitaux dans les centres de santé et de services sociaux. C'est d'ailleurs pour cette raison que les CLSC Lac-Saint-Louis et Pierrefonds et le Centre d'accueil Denis-Benjamin Viger souhaitent que l'Agence considère la proposition des regroupements des CLSC et des CHSLD de Montréal à l'effet que les hôpitaux soient exclus des CSSS. Pour eux, la seule fusion des CLSC et des CHSLD constitue un « rapprochement qui sera bien accepté par le personnel, les clients et les partenaires dans la mesure où les missions offrent une continuité naturelle »[58].

Pour le Conseil provincial des affaires sociales et le SQEES, la « table est mise pour décourager le personnel ». Ils se demandent d'ailleurs « comment [le gouvernement] réussira-t-il à maintenir la motivation auprès d'un personnel déjà épuisé » [59]. Par ailleurs, des CLSC font part de leurs craintes quant à la taille des réseaux locaux, qui selon eux, pourrait affecter le sentiment d'appartenance des travailleurs à l'égard de leur établissement et par le fait même leur mobilisation.

De leur côté, la FIIQ et ses syndicats affiliés estiment que le taux d'insatisfaction actuel du personnel soignant, qui « a fait les frais des restructurations du réseau et n'en a retiré aucun bénéfice », est « préoccupant pour la réussite de l'implantation de réseaux de services intégrés »[60]. D'ailleurs, bon nombre de participants aux assemblées publiques sont venus signifier leurs craintes que le projet de loi 25 répète les échecs des réformes passées. Ils ont aussi manifesté le désir que leurs idées soient réellement prises en compte dans la réorganisation du réseau.

Certaines autres organisations recommandent des dispositions particulières pour mobiliser leurs travailleurs au sein des réseaux. Le Conseil central du Montréal métropolitain-CSN a expliqué en audience publique qu'une des façons de casser la culture de résistance du personnel au changement serait l'instauration d'équipes semi-autonomes et un droit de regard sur l'organisation du travail. Cette notion de responsabilisation serait, selon lui, bénéfique pour la mobilisation du milieu. Le Syndicat Canadien de la Fonction publique (local 2869) propose plusieurs solutions pour la mobilisation des travailleurs dans son avis écrit et croit qu'il ne faut pas mettre de côté les représentants des syndicats, cela afin d'éviter les confrontations. L'APER santé et services sociaux a aussi tenu à donner quelques conseils pour la mobilisation et la stabilisation des équipes dans les nouveaux CSSS. Et tenant compte de l'importance des bénévoles dans le système de santé, la Commission infirmière régionale estime qu'il serait important que l'Agence les prennent en considération en les rencontrant et en valorisant leur travail.

---

[58] Extrait du *Résumé de l'avis* des CLSC Lac-Saint-Louis et Pierrefonds et du Centre d'accueil Denis-Benjamin Viger dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, avril 2004.

[59] Extrait du *Résumé de la* proposition du Conseil provincial des affaires sociales (SCFP-FTQ) et du SQEES (section locale 298-FTQ).

[60] Extrait du *Mémoire* de la FIIQ et ses syndicats affiliés, P.7.

Plusieurs avis écrits et commentaires exprimés en assemblées publiques ont fait état de l'importance qu'aurait une campagne de sensibilisation à la restructuration pour informer et rassurer le personnel du réseau, que l'on perçoit comme premier ambassadeur auprès de la population. Le RUIS de l'Université de Montréal donne aussi quelques conditions de succès pour contrer la réticence au changement. Il parle de donner aux différentes parties concernées des garanties sur le financement des CSSS, la lourdeur des tâches, les incitatifs à la mobilité et aux modifications des rôles, la révision des plans d'effectifs médicaux, etc.

L'impact sur les travailleurs et leurs conditions de travail

L'impact qu'auront la fusion des établissements et l'intégration des services sur les travailleurs du milieu a suscité une panoplie de commentaires et d'inquiétudes dans toutes les activités de consultation.

Premièrement, lors des assemblées publiques, une certaine fébrilité se faisait ressentir à ce sujet. Plusieurs travailleurs du réseau sont venus exprimer leurs inquiétudes quant à l'impact que la réforme aura sur leur façon de travailler au quotidien. Ils ont peur que leur sécurité d'emploi soit affectée, que la gestion des listes de rappel soit difficile et de l'arrivée de la sous-traitance. Plusieurs ont aussi montré leur inquiétude quant à une réelle adaptation du milieu aux changements qu'apportera la réforme. D'ailleurs, certains ont souligné le climat d'incertitude qui règne dans les établissements.

Pour les regroupements des CLSC et des CHSLD de Montréal, de par leur taille, les « méga instances » ne sont pas prometteuses en ce qui concerne la gestion des ressources humaines. Plusieurs établissements, qui préféreraient voir exclus les hôpitaux des centres de santé et de services sociaux, ont d'ailleurs tenu à souligner ce point dans leur avis écrit.

D'autre part, la FIIQ et ses syndicats affiliés concentrent une partie de leur argumentaire sur le fait qu'il sera difficile d'avoir une plus grande mobilité professionnelle du personnel soignant, en particulier les infirmières, à l'intérieur des instances locales. Ils attribuent ce problème entre autres au manque de formation en ces temps de pénurie de personnel. Aussi, ils s'inquiètent de la décentralisation de la négociation vers les CSSS, où les modes de gestion et les conditions de travail négociées risquent d'apporter une « disparité entre les différents établissements ». Selon eux, « ces disparités pourraient entraîner des fuites de personnel dans certains établissements ou dans certains centres d'activités ». Ils craignent d'ailleurs que la « fusion des listes d'ancienneté [créera] de la mobilité à l'intérieur des instances locales ». Pour eux, « le manque prévisible de formation, les changements successifs des horaires de travail ou des lieux de pratique, l'instabilité des équipes de travail et l'adaptation constante à des situations nouvelles sont autant de facteurs qui affectent la santé mentale du personnel soignant. D'autre part, la compétition, qui risque de s'instaurer entre les différents établissement à l'issue de la négociation locale, aggravera la pénurie et aura un impact négatif sur les services de

santé. »[61] Pour la CPSQ, cette mobilité du personnel pourrait miner le sentiment d'appartenance aux établissements et la motivation des travailleurs du réseau. D'ailleurs, en assemblées publiques, plusieurs sont intervenus pour partager l'échec de cette mobilité lors de la fusion entre les hôpitaux LaSalle et Verdun. Ils se demandent comment l'Agence évitera la répétition de ce scénario dans les regroupements des établissements.

Pour leur part, le Conseil provincial des affaires sociales (SCFP-FTQ) et le SQEES (section locale 298-FTQ) croient que la centralisation de l'administration alourdira de plus bel la tâche du personnel et dégradera les relations de travail. Ils estiment que ce « retour aux négociations décentralisées serait lourd de conséquences : de longues négociations qui pourraient aboutir en arbitrage, des perturbations continuelles dans les milieux de travail, de la compétition entre les réseaux locaux pour attirer le personnel, etc. »[62]

Malgré toutes ces appréhensions, certains ont tenu à répondre à la question qui leur était posée dans le *Document de consultation*, soit celle qui abordait les conditions de succès essentielles à la réalisation du projet en matière de ressources humaines. Comme plusieurs autres, la Table de concertation en santé mentale de la sous-région Est de Montréal estime que l'Agence devra mettre l'accent sur l'adaptation et la formation du personnel en plus de fournir une main d'œuvre suffisante dans les établissements. On insiste sur la nécessité d'éviter les grands bouleversements dans la façon de travailler du personnel et de l'impliquer dans la prise de décision. À maintes reprises, on évoque aussi la nécessité de mettre des efforts financiers et informationnels pour que se produise un réel changement de culture à l'intérieur du réseau.

La privatisation de services

Différents intervenants et organisations du milieu de la santé et des services sociaux perçoivent un danger de privatisation dans la réorganisation du réseau. La Centrale des professionnelles et professionnels de la santé (CPS), tout comme la FIIQ et ses syndicats affiliés, croient que « pendant que le réseau traversera cette nouvelle période de perturbations et que ses principaux acteurs seront mobilisés pour apporter les changements découlant des fusions, le secteur privé continuera de se développer et de s'organiser pour drainer une part plus importante du budget de la santé. [...] Avec la fusion [...], le secteur privé devient sournoisement un partenaire des établissements regroupés. »[63]. Aussi, l'Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (APTMQ) voit dans la création des centres médicaux associés (CMA) le « prétexte qui sert bien l'Agence régionale dans son désir de faciliter la venue du privé dans le réseau public »[64], donc dans les services de 1ère ligne. L'APTMQ souhaiterait

[61] Extraits du *Mémoire* de la FIIQ et ses syndicats affiliés, P.15-16.
[62] Extrait de la *Position* du Conseil provincial des affaires sociales (SCFP-FTQ) et du SQEES (section locale 298-FTQ), P.10.
[63] Extrait de l'*Avis* de la CPS dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, 19 mars 2004, P.4.
[64] Extrait des *Commentaires* de l'APTMQ dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, mars 2004, P.7.

alors que tous les services soient assurés par les centres de santé et de services sociaux et que l'on mise davantage sur l'informatisation du réseau de la santé et sur la consolidation des infrastructures actuelles pour améliorer l'accessibilité aux laboratoires.

Les organisations mettent en garde contre les effets néfastes que la privatisation amènerait et confirment leur mobilisation contre cette éventualité. De façon générale, elles craignent que l'accessibilité, l'universalité et la qualité des soins en soient affectées et que la pénurie de personnel s'amplifie. Ces derniers principes sont, pour eux, une des conditions de succès de la réforme. L'organisme Action autonomie, qui s'oppose fermement à la mise en place des CSSS, croit que la réforme territoriale « s'inscrit au sein d'un vaste programme de réingénierie de l'État dont le but premier est de privatiser les services publics ». Certains ont exprimé leur peur que les listes d'attente s'allongent et que les services coûtent plus cher, ce qui amènerait certaines personnes à s'en priver.

La CPS apporte quelques solutions. D'une part, elle croit qu'il faut davantage miser sur une maximisation de l'utilisation des plateaux techniques et diagnostiques du secteur public les soirs et la fin de semaine. Aussi, elle semble d'accord avec l'orientation de l'Agence, qui souhaite modifier l'organisation des services du secteur public et optimiser les ressources disponibles. Elle affirme, par ailleurs, que plus d'investissements dans le réseau, par exemple dans les incitatifs au personnel, est incontournable. En dernier lieu, tout comme d'autres organisations, la CPS estime que le recours aux agences de placement n'est pas une solution à envisager à long terme. Au contraire, elle souhaite que le réseau mise sur la création de postes permanents et sur la rétention des travailleurs afin qu'une stabilité dans les équipes et un meilleur climat de travail s'installent.

Il est ainsi pertinent de noter que plusieurs groupes s'en prennent davantage aux lois 30 et 31 en ce qui concerne la privatisation de certains services et le recours à la sous-traitance.

Les conditions de réussite et les craintes concernant l'implantation de la réforme

L'enjeu de l'implantation de la réforme a amené plusieurs groupes à se prononcer sur ses conditions de réussite :

- Donner la priorité au développement d'une vision globale de la santé et à sa communication efficace, afin que se dégage de la gestion de la santé une plus grande stabilité;
- Assurer les principes canadiens de gratuité et d'universalité des soins;
- Réinvestir en santé, particulièrement dans les secteurs plus vulnérables de services, les technologies, le support informatique et les incitatifs pécuniaires; L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont réclame d'ailleurs un financement et les équipements adéquats pour être en mesure d'ouvrir les plages horaires nécessaires à la tâche qui lui sera demandée avec la création des réseaux locaux;
- Préserver les missions des établissements fusionnés;

- Préserver la priorité aux programmes de santé publique, de prévention et de promotion de la santé;
- S'assurer que les méthodes d'allocation financière par programme soient respectueuses des besoins des populations et qu'elles soient régulièrement évaluées pour des ajustements budgétaires;
- Trouver une solution qui fasse consensus chez l'ensemble des acteurs du réseau;
- Assurer l'adhésion des professionnels et du personnel du réseau au projet;
- Assurer un budget de transition pour les réseaux locaux;
- Faire d'autres activités de consultation sur des enjeux particuliers – comme l'inscription des Montréalais à un médecin de famille – avec les travailleurs et organisations du milieu de la santé et la population en général;
- Protéger les budgets des CHSLD et des services de première ligne;
- Élaborer un projet clinique et assurer sa réussite;
- Établir une stratégie d'implantation rigoureuse et respectueuse des travailleurs et établir des priorités d'action claires;
- Opter pour certaines priorités d'ajustement des ressources humaines et organisationnelles selon les objectifs de la réforme;
- Clarifier les mandats et responsabilités des établissements regroupés et associés à l'intérieur des CSSS ainsi que les ententes qui les relient;
- Opter pour une vitesse d'implantation moins rapide, surtout dans la période d'adaptation du personnel, afin d'arriver à une culture commune;
- S'assurer du maintien des services durant la période transitoire;
- Prévoir des outils et des budgets pour la formation du personnel soignant;
- Prévoir des outils d'information du personnel soignant sur la réforme et les bénéfices qu'ils en tireront;
- Assurer un soutien adéquat aux gestionnaires dans la mobilisation des ressources humaines;
- Réorganiser le travail de façon à utiliser les ressources disponibles : les compétences du personnel, les spécialistes, les partenaires et les usagers;
- Établir un plan de communication qui vise les usagers et la population en général afin de les sensibiliser aux changements et leur expliquer les services qui sont offerts sur leur territoire;
- Éduquer la population sur les notions de base en santé;
- Se doter d'outils d'évaluation de la satisfaction de la clientèle et des résultats de la réforme, et ce, par des personnes qui connaissent la situation globale ainsi que la réalité des communautés ethnoculturelles de Montréal;
- Assurer l'imputabilité et la transparence des CSSS auprès de la population;

- Instaurer un mécanisme d'écoute et de participation de la population dans les CSSS;
- Que les membres des conseils d'administration des CSSS soient choisis en fonction de leur compétence, de leur provenance et de leur représentativité de la population montréalaise;
- Uniformiser les pratiques administratives et de soins dans les CSSS;
- Laisser une place aux initiatives locales et aux particularités des quartiers;
- Conserver une approche locale et communautaire;
- Conserver l'approche « milieu de vie » dans les CHSLD fusionnés;
- Promouvoir le rôle des organismes communautaires comme partenaires du réseau et protéger leurs acquis;
- Préserver le mandat des organisateurs communautaires à l'intérieur du panier de services des CSSS;
- Être plus clair sur l'avenir des comités d'usagers, le Conseil des infirmières et infirmiers, le Conseil des sages femmes, les tables de concertation, etc.;
- Préciser ce que comprennent les services de 1ère, 2e et 3e lignes et définir clairement les intentions de l'Agence en matières de promotion de la santé et de prévention;
- Ne pas bouleverser l'organisation des flux de patients;
- Préciser le mandat des centres hospitaliers de réadaptation qui seront associés aux CSSS en raison de la confusion qui règne entre les besoins en santé physique et ceux pour les personnes qui vivent une déficience physique;
- Préciser la place des organisations supra-régionales dans les réseaux locaux;
- Préciser la place des fondations hospitalières et assurer que leurs dons iront réellement aux hôpitaux;
- S'assurer de conserver à l'Agence, la responsabilité des ressources non institutionnelles et des établissements spécialisés;
- Achever les modifications du virage ambulatoire;
- Consolider les corridors de services existants;
- Donner une place aux soins palliatifs dans les programmes-services;
- Offrir une attention particulière aux services pour les mères et les enfants dans les ressources de première ligne;
- Développer concrètement le volet des soins nutritionnels[65];
- Ne pas mettre de côté la mission de défense des droits de la clientèle;
- Préciser et clarifier les « modalités de concertation et de suivi avec l'ensemble des partenaires »[66];

---

[65] Dans son *Mémoire*, l'Odre professionnel des diététistes du Québec donne quatre conditions pour améliorer la continuité des soins nutritionnels dans les nouveaux centres de santé et de services sociaux.
[66] Extrait du *Mémoire* de la Commission scolaire de Montréal, P.12.

- Assurer l'égalité d'accès aux services aux anglophones dans les réseaux locaux;
- Instaurer un poste de commissaire aux plaintes dans chaque CSSS;
- Assurer l'accessibilité de la banque d'interprètes de l'Agence dans les hôpitaux.

D'autres enjeux

La santé physique

L'Hôpital de réadaptation Villa Médica propose qu'un réseau d'expertise en déficience physique soit créé. Celui-ci inclurait trois sites complémentaires, soit l'Institut de réadaptation de Montréal, l'Hôpital de réadaptation Villa Medica et l'Hôpital de réadaptation Lindsay. Il estime que ceci aurait pour effet de « concentrer l'expertise dans des masses critiques suffisantes, maintenir une flexibilité, stimuler l'esprit créatif des intervenants tout en respectant le contexte culturel et linguistique de l'île de Montréal »[67]. Si l'Agence ne retenait pas cette dernière hypothèse, l'Hôpital de réadaptation Villa Medica souhaiterait devenir le deuxième centre en déficience physique. Dans son avis écrit, l'Hôpital Lindsay a aussi fait cette demande.

Pour sa part, le Conseil central du Montréal métropolitain estime que la présente réforme, qui vise les clientèles vulnérables en santé physique, alourdira la première ligne.

Déficience physique

Le Regroupement des établissements de réadaptation en déficience physique de Montréal (RERDPM) souhaiterait être impliqué dans les ententes de services avec les centres de santé et de services sociaux. Aussi, il recommande que soit gardée au niveau régional la planification des services et la gestion des ressources de type familial, intermédiaires (RTF-RI) et d'hébergement en général pour la clientèle en déficience physique. Finalement, le Regroupement suggère l'instauration d'un levier de concertation au niveau du dialogue plurirégional et interrégional.

La déficience intellectuelle

À titre de porte-parole importants dans le domaine de la déficience intellectuelle, le Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle (CRADI) et la Table de concertation des CRDI (centres de réadaptation en déficience intellectuelle) souhaitent que l'Agence définisse « clairement le panier de services de chacune des lignes de services [aux personnes ayant une déficience intellectuelle] en uniformisant la gestion des programmes »[68]. Ils veulent aussi que soit rajusté le « mécanisme d'accès aux services en

[67] Extrait du résumé de l'*Avis* de l'Hôpital de réadaptation Villa Medica dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, avril 2004, P.3.
[68] Extrait de l'*Avis* du CRADI dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, mars 2004.

déficience intellectuelle » et que soient assurés les services nécessaires avec les expertises adéquates.

L'informatisation

La plupart des intervenants du milieu de la santé s'entendent pour dire que les liaisons informatiques entre les professionnels et les établissements sont une nécessités à la bonne intégration des services, au suivi et au soutien des patients. Les regroupements des CLSC et des CHSLD de Montréal placent d'ailleurs l'informatisation comme un des trois leviers fondamentaux pour l'amélioration de la continuité des services, les deux autres étant la réduction du nombre d'établissements et la signature d'ententes de services. Toutefois, comme l'affirme la FIIQ et ses syndicats affiliés, « les échanges d'information ne [sont] pas garantis par la seule présence de systèmes d'information. Ces derniers doivent s'appuyer [...] sur le développement préalable de relations de confiance entre les intervenants »[69]. Aussi, tant les organisations de santé que les citoyens estiment important que soit garantie la confidentialité des informations dans les dossiers des usagers. Finalement, on insiste sur le fait que le projet d'informatisation du réseau sera impossible sans un investissement adéquat.

À titre d'enjeu particulier, la Commission infirmière régionale souhaite que les outils infirmiers soient informatisés. Elle souhaite aussi attirer l'attention sur la nécessité de s'attaquer aux lenteurs du système informatique, d'avoir un soutien financier à toute heure et d'évaluer les mérites des systèmes déjà existants avant d'en créer un nouveau. Pour sa part, le Regroupement des établissements de réadaptation en déficience physique de Montréal (RERDPM) désire que les établissements de réadaptation en déficience physique puissent aussi profiter d'infrastructures technologiques.

Finalement, le CHU mère-enfant Sainte-Justine soutient qu'il sera nécessaire que dans le projet d'informatisation du réseau « différents outils ou combinaisons d'outils [soient] considérés ». Il pense entre autres au « système Arc-en-ciel, déployé et fonctionnel à échelle réduite entre Sainte-Justine et d'autres partenaires [qui] peut constituer une solution très intéressante et cela à court terme ». En dernier lieu, le CHU mère-enfant Sainte-Justine croit qu'il « est essentiel que les ressources spécialisées, telles celles de réadaptation comme le CRME, y soient reliées. [Selon lui,] la continuité et l'accès rapide aux services seront favorisés par une meilleure harmonisation des systèmes d'information »[70].

Les comités d'usagers

Dans différents avis écrits, on retrouve une attention particulière réservée à la nécessité de garder une place influente aux comités d'usagers dans les centres de santé et de

[69] Extrait du *Mémoire* de la FIIQ et ses syndicats affiliés, P.6.
[70] Extraits de l'*Avis* du CHU mère-enfant Sainte-Justine, P.5 et 8.

services sociaux. Le Comité des patients du Centre universitaire de santé McGill propose en plus que chaque CSSS se dote d'un « comité-cadre » des usagers du réseau, provenant de chacun des établissements regroupés.

Les gestionnaires de cas

La proposition d'implanter une équipe de gestionnaires de cas dans chaque réseau local pour les clientèles vulnérables semble recevoir un bon appui. Les regroupements des CLSC et des CHSLD de Montréal estiment qu'il s'agit du moyen le plus prometteur pour assurer la continuité des services à ces clientèles. Par conséquent, ils demandent que des professionnels soient formés pour assumer cette tâche. Pour sa part, le CHU mère-enfant Sainte-Justine recommande que les « nombreux outils et systèmes d'appui à ce type de gestion orientée vers la clientèle » déjà existants servent pour la formation de ce poste. Le CHU croit par ailleurs que l'« instauration d'une approche regroupement de gestion de cas pourrait aussi [...] faciliter l'interface avec des ressources spécialisées (ex : Sainte-Justine) agissant en complément avec les réseaux locaux »[71].

Il semble toutefois qu'il y ait un manque de clarté quant au rôle que sera appelé à jouer le gestionnaire de cas. Le Curateur public du Québec et la Coalition communautaire sur la santé de N.D.G demandent comment une seule personne sera capable de gérer un segment de population de 15 000 personnes si tel est le cas dans la proposition.

Clarifier les termes

Des intervenants du milieu de la santé et des participants aux assemblées publiques souhaiteraient que certains nouveaux termes amenés par la réforme soient changés, faute de clarté. On pense entre autres à l'appellation des centres de santé et de services sociaux. Certains estiment que sans en être le cas, la population pourrait être amenée à penser qu'il s'agit d'un nouvel établissement « physique ». Le Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain (ROPMM) souhaiterait pour sa part que l'Agence profite de la réforme pour clarifier la différence entre les termes « clientèle vulnérable » et « clientèle prioritaire » et entre les termes « entente de services », « entente de partenariat », « entente de collaboration » et « entente de gestion » utilisés par les différentes instances du réseau de la santé.

[71] Extraits de l'*Avis* du CHU mère-enfant Sainte-Justine dans le cadre des consultations sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal, avril 2004, P.5.

5.3 *Les Forums sectoriels*

Forum de consultation des comités d'usagers

Le sujet ayant suscité le plus de discussion est celui de la représentation des comités d'usagers dans les conseils d'administration des centres de santé et de services sociaux. Aussi, les participants ont fortement recommandé le maintien d'un comité d'usagers dans chaque établissement de santé afin de conserver leur contribution non négligeable au bon fonctionnement du système de santé. Quant à la question financière, ils ont demandé qu'un pourcentage fixe du budget des centres de santé et de services sociaux soit établi pour la coordination de leur comité des usagers. Par ailleurs, afin d'assurer le succès de ces comités dans les nouvelles structures, les participants ont réclamé une bonne formation de leurs membres sur les différents changements qui seront apportés.

De façon générale, les représentants des comités d'usagers sont en accord avec le découpage territorial proposé par l'Agence. Certains estiment toutefois que les territoires 1 et 2 sont trop grands, que dans d'autres il semblent y avoir un déséquilibre entre les ressources disponibles et les besoins de la population. Aussi, des participants se sont prononcés en faveur de l'hypothèse 2 dans le Centre-Ouest de Montréal.

Des inquiétudes ont fait surface. Par exemple, certains craignent le non respect de la mission d'établissements régionaux. Ils redoutent aussi la disparition de leur liberté de choix de services, notamment leur liberté de choix du médecin généraliste et/ou spécialiste.

Même si l'inclusion des hôpitaux dans les centres de santé et de services sociaux n'a pas suscité de débat, certains comités d'usagers ont exprimé leur inquiétude quant au respect des valeurs et des vocations ethnoculturelles des établissements. Certains craignent aussi le transfert des déficits d'un établissement –surtout des hôpitaux déficitaires- à un autre. Toujours dans la même optique, des participants ne souhaitent pas que par la présence d'hôpitaux dans les centres de santé, les services curatifs priment sur les services sociaux.

En dernier lieu, les comités s'inquiètent de la mobilité des travailleurs du milieu de la santé avec la réforme. Ils se demandent ce qu'il adviendra des travailleurs ayant développé des habilités propres à certains établissements, comme le langage gestuel.

Table ronde des partenaires intersectoriels

La plupart des groupes participants se prononcent en faveur du principe d'intégration des services soutenant la réforme proposée. On estime que la concertation intersectorielle est une bonne chose et que les réseaux locaux devront s'y attarder. Toutefois, ils en profitent pour s'inscrire en faux contre les moyens pris pour y arriver. On dénonce l'emploi de la notion de partenariat alors que plusieurs d'entre eux n'ont pas l'impression d'avoir été consultés et d'avoir donné leur aval au projet avant l'adoption de la loi. Selon eux, puisqu'il s'agit d'un changement de culture dans tout le réseau, ceci nécessiterait

l'adhésion pleine et entière des personnes concernées. Ainsi, plusieurs groupes considèrent qu'une vision partagée par tous les intervenants du milieu des enjeux relatifs au regroupement des établissements est une des conditions essentielles à la réussite du projet.

En ce qui concerne le découpage du territoire proposé, la plupart des intervenants souhaitent une meilleure harmonisation avec la dynamique montréalaise actuelle, son environnement et ses réalités locales. On parle entre autres de mieux arrimer la proposition de l'Agence avec les arrondissements de la Ville et les territoires des commissions scolaires. On estime que les citoyens s'y retrouveront davantage et que la collaboration intersectorielle sera plus facile.

La place des groupes communautaires dans le réseau, leur financement et le respect de leur autonomie, de leur mission et de leur expertise semblent susciter plusieurs craintes. Des intervenants à la Table ronde ont fait état de leur inquiétude de voir les travailleurs de ces groupes devenir des dispensateurs de services à bas prix pour le réseau. Par ailleurs, certains groupes communautaires ayant développé une approche intersectorielle et de partenariat avec des CLSC craignent qu'avec la fusion des établissements, les grandes institutions, en particulier les hôpitaux, drainent non seulement le financement des CLSC, mais aussi leurs priorités. Dans le milieu de l'éducation, la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec souhaite aussi le maintien et l'élargissement de ses partenariats déjà existants avec les établissements du milieu de la santé.

Finalement, la plupart des intervenants estiment qu'avec la réorganisation, il sera important de garder des moyens de concertation au niveau régional afin d'assurer au réseau montréalais une certaine uniformité en ce qui concerne les enjeux globaux comme la pauvreté, les femmes, etc.

Forum sur les ressources informationnelles

Plusieurs participants ont félicité l'Agence pour la simplicité, la clarté et la cohérence du document de consultation et le niveau de connaissance et d'expérience ainsi partagé. Ils ont aussi manifesté leur appréciation d'avoir pu, dans le cadre du Forum, amorcer une réflexion collective sur l'avenir des ressources informationnelles à Montréal. Ils ont toutefois manifesté une certaine inquiétude quant au financement qu'entend offrir le ministère de la Santé et des Services sociaux pour supporter la mise en œuvre du plan au cours des six prochaines années, soit une somme de 300 à 650 millions de dollars.

Les ateliers de réflexion du Forum ont permis de dégager certaines priorités. En ce qui concerne les besoins de la clientèle, l'ensemble de la proposition a été acceptée avec quelques ajouts. Par exemple, on a proposé de rendre accessibles au grand public des terminaux Internet dans les salles d'attente des points de service du réseau. On croit aussi qu'il serait bénéfique de faciliter la prise de rendez-vous en ligne du client et le suivi de sa position relative dans les listes d'attente d'accès aux services. D'autre part, l'accès par le client à son dossier santé a ravivé le débat sur la propriété du dossier et a suscité

plusieurs échanges portant sur les risques de diffusion et les difficultés d'interprétation des informations cliniques par le client lui-même.

En ce qui a trait aux besoins des médecins, le document de l'Agence leur semblait complet. Des rencontres prévues avec des représentants des médecins, dans les prochaines semaines, permettront de valider leurs besoins spécifiques. Quant aux besoins des professionnels, on estime que les volets de l'enseignement, de la recherche et de l'auto-formation assistée (e-learning) ont été négligés.

L'atelier qui avait pour objet les besoins des établissements a suscité plusieurs réactions. En premier lieu, certains établissements se sont dits inquiets de ne pas être considérés, notamment, les centres jeunesse, les centres hospitaliers psychiatriques et les centres de réadaptation. On a aussi fait remarquer que les besoins des organismes communautaires sont également absents du document de consultation.

À l'intérieur de l'atelier sur les centres de santé et de services sociaux, on a tenu a rappeler la volonté du ministre d'assurer un support concret et pressant à la mise en place de réseaux locaux. La priorité accordée à la consolidation des index clientèles et à la nécessité de partager rapidement les résultats diagnostiques, a semblé faire l'unanimité.

Pour les centres hospitaliers des deux RUIS de la région, la priorité accordée par l'Agence à la mise en place de « Systèmes d'information clinique », notamment au Centre hospitalier de l'université de Montréal (CHUM) et au Centre universitaire de santé McGill (CUSM), a été assez mal reçue par les représentants des autres établissements de la région.

Quant aux fonctions communes et aux services communs proposés à l'échelle régionale, les participants ont été plus réservés. La nécessité de disposer d'infrastructures et d'expertise régionales semblait toutefois recevoir un appui général.

Au chapitre des architectures, les participants ont invité l'Agence à considérer avec plus de minutie les interfaces requises avec le milieu de l'enseignement, de la recherche, de la justice et des corps policiers.

Finalement, les priorités retenues à court terme ont confirmé celles envisagées par l'Agence : les index clientèle, les registres d'intervenants, la communication des résultats diagnostiques, la mise en œuvre d'un cadre de gestion du changement, l'expertise de niveau régional en support aux établissements, la consolidation et l'intégration des systèmes en place dans les centres de santé et de services sociaux.

D'autres sujets ont été abordés, dont la participation et l'adhésion essentielle des fournisseurs au projet soumis et à l'approche proposée, l'inquiétude face à une démarche centralisatrice et à son réel potentiel économique de même qu'à l'obligation persistante de justifier les investissements informatiques par le biais de retombées économiques probantes. Il n'en demeure pas moins que les participants ont reconnu la nécessité d'une vision cohérente et d'une approche concertée appuyée d'investissements concrets.

De façon générale, les plus petits établissements redoutent la charge importante qu'amènera cette mise en branle du plan en matière de ressources informationnelles. Plusieurs participants ont souscrit à un regroupement des ressources humaines en la matière, de même qu'au support régional offert par l'Agence.

Forum jeunesse

Les participants sont en accord avec les balises régionales proposées par l'Agence en ce qui a trait aux services aux jeunes en difficulté 0-17 ans. Ils ont toutefois souligné la nécessité d'une plus grande harmonisation des services offerts aux jeunes et à leur famille. L'harmonisation comprend l'arrimage du programme « Jeunes en difficulté 0-17ans » et des autres programmes–services prévus par le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'application plus rigoureuse et systématique des ententes régionales et locales déjà existantes entre les diverses parties (établissements du réseau, centres de la petite enfance, ministère de l'Éducation du Québec, etc.), le développement de nouvelles ententes entre divers partenaires et l' « exportation » dans les autres territoires du projet - pilote « Équipe Intervention jeunesse » qui se déroule actuellement dans l'arrondissement Montréal-Nord.

Certains besoins ont été exprimés par les organisations participantes. On demande entre autres de nouvelles ressources financières pour les services sociaux en milieu scolaire, pour les services spécialisés et pour les organismes communautaires. Aussi, on se questionne sur la façon dont sera représenté le programme « Jeunes en difficulté » dans les conseils d'administration des centres de santé et de services sociaux.

L'enjeu le plus souvent abordé a été celui de la phase de transition vers le programme « Jeunes en difficulté 0-17 ans » dans les centres de santé et de services sociaux et de ses conditions de réussite. Les participants estiment qu'il faut d'abord s'assurer de la continuité des services en respectant les structures existantes. Ils espèrent aussi que les CSSS préciseront la « valeur ajoutée» et la nature des guichets « Famille – Enfance – Jeunesse ». Le besoin en services de première ligne dans les CSSS pour les jeunes, afin de faciliter l'accès à des ressources spécialisées, fait aussi partie des préoccupations des participants.

Certaines inquiétudes ont resurgi des discussions en atelier. On craint entre autres une diminution des activités reliées à la prévention et à la promotion de la santé. Aussi, on déplore la perte d'heures / omnipraticiens en raison des activités médicales particulières (AMP). Les participants souhaitent que des mesures soient prises afin de pallier à ces manques.

En dernier lieu, les participants ont souligné l'importance du rôle de coordination régionale de l'Agence lors de l'élaboration d'ententes et le développement d'outils standardisés. On estime d'ailleurs qu'une bonne coordination devra être faite en ce qui concerne l'information des établissements, autant sur les programmes que sur les services.

Forum personnes âgées

Les participants à cette activité se sont réunis autour de 7 thèmes, dans 8 ateliers afin de préciser leur degré d'adhésion aux propositions et de compléter et améliorer le contenu. Les thèmes soumis à la consultation étaient : les clientèles cibles, la responsabilité populationnelle, le guichet unique, la gestion de cas, l'accès aux services médicaux, l'accès à des services spécialisés et la gamme de services. Trois thèmes ont été particulièrement animés; il s'agit de celui sur les clientèles cibles, sur le guichet unique et sur la gestion de cas.

Les discussions sur le thème de la clientèle cible, a fait ressortir l'importance de bien identifier les volumes de clientèles (65 ans et plus) ainsi que les besoins réels selon les profils pour chacun des territoires locaux. En ce qui concerne les personnes de 65 ans et moins en grande perte d'autonomie (atteintes de plusieurs maladies chroniques), les participants ont proposé de développer des programmes spécifiquement adaptés à ces clientèles. Aussi, pour ces personnes et pour les autres clientèles de personnes handicapées, il a été dit que la mise sur pied d'une approche de coordination inter-programmes serait souhaitable. Des discussions sur les centres médicaux associés (CMA) pour diminuer le recours aux urgences et sur la reconnaissance des besoins des proches-aidants sont venus clore ce thème.

Le thème du guichet unique a suscité de nombreux commentaires à partir des questions proposées sur la pertinence et les conditions de réalisation d'une telle modalité. La question de l'évolution du rôle du système régional d'admission a aussi été abordée. Les faits saillants sur ce thème sont à l'effet de conserver une seule porte d'entrée pour tous et pas uniquement pour les personnes âgées. Il semble que le but recherché est de simplifier l'accès pour la population, notamment par téléphone, et de faire un arrimage avec Info-Santé. La mise sur pied d'un mécanisme d'évaluation du fonctionnement et de l'efficacité du guichet unique est souhaitée. Selon les participants, les modalités de mise en œuvre devraient être sous la responsabilité des centres de santé et de services sociaux.

Concernant l'hébergement, les participants insistent pour faire une analyse approfondie de la situation actuelle du système régional d'admission afin d'éviter de complexifier davantage la démarche. Ils demandent de procéder par étape et de commencer par l'hébergement temporaire, puis le répit. Des questions sur le libre choix des usagers, sur l'arbitrage entre les réseaux et sur la protection des programmes régionaux ont permis de connaître les préoccupations reliées à cette problématique.

Au chapitre de la gestion de cas, les participants étaient partagés sur le fait que le gestionnaire de cas devait être exclusivement dédié à cette fonction en préservant ou non un lien clinique avec la personne. Le pouvoir réel de ces gestionnaires de cas, leur lien avec une équipe multidisciplinaire ainsi que l'importance d'avoir les ressources et les moyens de la fonction ont été soulevés.

En conclusion, les participants s'interrogent sur l'équité entre les ressources des réseaux qui seront créées et sur la disponibilité du financement pour implanter les balises du programme.

Annexe 1

Rapports des assemblées publiques
Du 24 mars au 8 avril 2004

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec

RAPPORT D'ACTIVITÉ
- Assemblée publique -
Territoire des CLSC du Vieux Lachine et LaSalle

Date de l'assemblée : 24/03/04
Nombre de participants : 200
Nombre d'interventions : 25

Résumé et faits saillants

Les thèmes de la consultation, soit le découpage du territoire et le regroupement d'établissements, ont fait l'objet de peu de commentaires et de questions. L'intérêt des participants à l'assemblée a porté sur le maintien des services de l'hôpital de Lachine, notamment les services de gériatrie, l'urgence et un nombre suffisant de lits de courte durée.

Les inquiétudes des communautés anglophone et allophone — tout particulièrement la communauté polonaise — ont été exprimées avec insistance, et touchent le maintien de services offerts dans la langue des résidants.

À cet effet, des demandes ont été formulées par des membres de la communauté polonaise afin d'accorder un statut d'exception à l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être.

Des participants sont venus exprimer des doutes quant à la capacité des futurs réseaux locaux de services de régler le problème de la pénurie des effectifs médicaux et infirmiers considérée comme étant chronique au sein du système hospitalier québécois.

À ce sujet, l'éloignement des arrondissements Lachine et LaSalle des grands centres hospitaliers universitaires est une source d'inquiétude, dans la mesure où cela rend difficile le projet visant à attirer un bassin de spécialistes pour maintenir la vocation actuelle de l'hôpital de Lachine.

Principales questions

Des participants sont venus souligner le fait que l'expérience de la fusion-défusion des hôpitaux LaSalle et Verdun a été un échec. Les causes en sont, entre autres, le manque de collaboration des médecins et les déplacements des employés d'un endroit à l'autre.

Comment le nouveau réseau proposé devrait-il fonctionner pour réussir et éviter les échecs ?

Réponse : Le projet qui est proposé dans LaSalle-Lachine, tout comme les autres réseaux qui sont proposés, provient de la volonté du gouvernement d'améliorer les choses et c'est à l'Agence de s'assurer que tout cela fonctionne. La dynamique évoquée lors de la fusion-défusion résulte de problématiques particulières avec les médecins.

Cette fois, il s'agit d'intégration de cultures et dans ce cas, il y a une dynamique possible, une complémentarité de programmes. Quant à la « migration » du personnel, un employeur a l'obligation de maintenir la main-d'œuvre là où elle est, ce ne sera pas une question de bon vouloir. Cette fois, la dynamique est différente.

Des bénévoles, des gestionnaires, des représentants de l'élite locale, des employés du Centre hospitalier de Lachine sont venus s'assurer du maintien de la vocation de l'établissement et de son urgence. Le Centre hospitalier de Lachine restera-t-il ouvert ?

Réponse : Oui. Notre objectif est de maintenir cette vocation. Pour y arriver, nous voulons créer des pôles d'attraction constitués de programmes spécialisés afin d'attirer des médecins. Nous avons beaucoup d'idées là-dessus.

La qualité très satisfaisante des services actuellement offerts à la communauté polonaise, notamment en matière linguistique, a été évoquée. Peut-on envisager un statut d'exception pour l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être ?

Réponse : C'est l'intention de l'Agence de maintenir en place ce genre d'institution. Ce qui est actuellement en discussion, c'est la façon précise de le faire. Pour qu'une exclusion soit possible, il faudra des amendements à la loi. Chose certaine, le rôle de ces institutions va être maintenu.

Y a-t-il des moyens envisagés pour combler le manque de personnel qualifié dans les urgences ?

Réponse : On espère qu'avec le fonctionnement de notre réseau, il sera possible d'envoyer les patients en d'autres lieux, de les faire monter plus rapidement aux étages, d'alléger les urgences; c'est l'un des buts de la réforme actuelle. Il y a aussi moyen d'améliorer les conditions de travail et ainsi d'attirer plus de personnel et faire en sorte que plus de gens soient tentés d'exercer ces professions.

Beaucoup de médecins travaillent dans de beaux bureaux, ne donnent pas de temps au service général. Que fera votre réforme à ce propos ? Et qu'en est-il de la privatisation de certains groupes ?

Réponse : La loi oblige les médecins qui ont moins de 20 ans de service à donner 12 heures de travail dans des activités médicales particulières (AMP), sinon, ils reçoivent 70% de leur salaire. Par ailleurs, il n'y a aucune intention de privatisation de notre part. Les gens vont rester où ils sont; les CLSC resteront des CLSC; il y aura seulement une intégration des programmes.

Pensez-vous abolir les agences privées de recrutement de personnel ?

Réponse : On ne travaille pas pour réduire ces agences. Il n'est pas dans notre juridiction d'abolir ou non ces agences. Elles tirent actuellement avantage de la situation de pénurie de personnel. Encore là, il faut assurer des conditions, un environnement pour retenir nos infirmières en centres hospitaliers.

Commentaires des participants

- On a souligné le caractère imprécis de la réforme qui, selon certains, comporte beaucoup de « peut-être ».
- L'arrivée tardive de ces consultations, tout en doutant de leur pertinence et de leur capacité à changer les choses, a été évoquée.
- On exige du gouvernement une reconnaissance de diverses entités : groupes ethniques ou linguistiques, organisations communautaires, groupes de travailleurs, spécificité socioéconomique d'une région, etc.
- À ce chapitre, un intervenant propose qu'il y ait une reconnaissance des services communautaires, car c'est une inquiétude actuelle : la loi n'a pas répondu aux inquiétudes liées à ces missions, ces dernières risquant d'être sacrifiées au profit du politique.
- Inquiétudes relatives aux budgets (« déjà décidés »), au pouvoir des conseils d'administration, à l'absence de centre universitaire dans la partie ouest de l'île et, conséquemment, de services surspécialisés.
- Certaines personnes craignent que les nouvelles structures soient trop grosses et trop impersonnelles et qu'elles démotivent les bénévoles qui font un travail extraordinaire.

Validé par Gilles Larocque, membre du Forum de la population.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec

RAPPORT D'ACTIVITÉ
- Assemblée publique -
Territoire des CLSC Villeray et La Petite Patrie

Date de l'assemblée : 25/03/04
Nombre de participants : 90
Nombre d'interventions : 30

Résumé et faits saillants

Plusieurs intervenants, principalement des travailleurs de CLSC et des représentants de groupes syndicaux, ont questionné la répartition des budgets, entre l'hôpital et les CLSC, dans le futur centre de santé et de services sociaux. Ils disaient craindre que les acquis des CLSC soient fragilisés et que leurs budgets soient amputés pour éponger le déficit accumulé de l'Hôpital Jean-Talon.

Plusieurs préoccupations ont aussi été soulevées au sujet du travail au quotidien des employés du réseau, lequel pourrait être transformé dans la nouvelle structure proposée.

D'autres inquiétudes ont été soulevées sur les conséquences qu'une plus grande structure pourrait avoir sur les services aux patients, comme la prévention et la promotion de la santé, sur le temps d'attente pour l'obtention de services ou sur le fait qu'elle éloigne les professionnels des citoyens.

Principales questions

Des personnes ont soulevé la question du déficit accumulé de 2,6 millions de dollars de l'Hôpital Jean-Talon.

Réponse: Aucun déficit accumulé des hôpitaux ne sera transféré dans le budget des nouveaux centres de santé et de services sociaux. Tout déficit accumulé sera comptabilisé autrement avant la mise en place des centres.

On demande si la fonction de gestionnaire de cas sera remplie par des gens expérimentés.

Réponse : Jusqu'à ce jour, les gestionnaires de cas en fonction sont habituellement des infirmières de liaison qui possèdent une bonne connaissance clinique. Leur rôle dans l'établissement leur permet de faciliter les échanges entre les CLSC et l'hôpital. Dans les nouveaux centres de santé et de services sociaux, les gestionnaires de cas ne seront pas nécessairement des infirmières, mais nous espérons que l'organisation choisira un professionnel dont l'expertise sera adaptée aux besoins de la fonction et du type de clientèle.

Des participants se demandent comment le personnel du réseau sera soutenu et valorisé dans cette démarche.

Réponse : Pour l'Agence, le niveau d'engagement du personnel dans le projet est essentiel à ce type de changement. Il s'agit d'une préoccupation importante qui débute par le choix de la personne qui assumera la direction générale du nouvel établissement et par celui des membres de son conseil d'administration, deux responsabilités qui incombent à l'Agence. Par ailleurs, les lieux de services actuels (CLSC, CHSLD et hôpitaux) demeureront ouverts et en service comme maintenant, puisque le projet ne prévoit nullement le regroupement des activités comme telles. Si bien que le personnel en place continuera à accomplir le même type de tâches.

En quoi cette restructuration changera-t-elle le quotidien des travailleurs ?

Réponse: Le quotidien des travailleurs ne devrait pas changer. Les buts et les objectifs de la loi visent plutôt des améliorations qui toucheront directement la population, notamment par la coordination des services et l'intégration du corps médical. De plus, il n'y a aucune intention de fermer un emplacement actuel, ni d'abolir des postes. Pour ce qui est de la mobilité du personnel, l'employeur sera tenu de respecter les clauses déjà présentes dans les conventions collectives.

On se demande si un grosse structure va favoriser les services à la population.

Réponse : Cette préoccupation est réelle et mérite toute notre attention.
Quand les CHSLD et les CLSC ont fusionné, ils ont doublé et parfois triplé la taille de leur organisation. Dans ces structures, les CHSLD ont néanmoins réussi à conserver leur atmosphère, leur culture et le rôle du comité des usagers, tout en étant intégrés avec les CLSC. Il y a eu une volonté de la nouvelle administration de protéger ces acquis pour les CHSLD. Pour le nouveau centre de santé et de services sociaux, l'Agence suivra de près les décisions prises par la direction et le conseil d'administration pour s'assurer que tous les établissements conservent leur approche. Il est possible de maintenir la couleur, l'identité et la dynamique de chaque établissement parce que c'est important pour la bonne gestion des services.

Que se passera-t-il avec l'argent actuellement consacré à la santé publique ?

Réponse : Le budget de la santé publique est protégé spécifiquement. Le ministre a indiqué que l'ensemble de l'argent, qui est actuellement dans le réseau des CLSC, devrait continuer à être dédié à la prévention et la promotion dans les établissements regroupés. Après validation auprès du Ministère, nous prévoyons que des transferts de fonds seront faits dans les 12 centres de santé et de services sociaux pour s'assurer que ce volet soit maintenu. La santé publique constitue l'une des composantes clé de cette réforme.

On s'inquiète au sujet de la protection de la vie privée des utilisateurs de services dans un nouveau réseau étendu.

Réponse : Il faut un équilibre entre le respect de la vie privée du patient et l'accès rapide, pour les médecins, aux informations apparaissant au dossier du patient. Les tests passés sur un territoire devraient pouvoir être accessibles au CLSC d'un autre territoire montréalais. Pour y arriver, l'Agence songe à utiliser des outils qui permettront aux établissements montréalais d'aller chercher les informations dans un fichier régional. Il y a actuellement une expérimentation à Laval qui permet aux médecins des CLSC de pouvoir accéder à des informations, mais toujours avec l'approbation du patient. Présentement, nous cherchons à faire en sorte que ce soit accessible facilement à l'intérieur du même établissement ainsi qu'à l'intérieur d'un même centre de services de santé. Nous étudions les possibilités d'accélérer l'accès aux données partout à Montréal, mais tout en respectant la vie privée des gens.

Des participants se demandent quelle place sera réservée à la famille.

Réponse: Les programmes destinés à la famille sont offerts dans les CLSC. Cela ne devrait pas changer.

La question des rééquilibrages écoles-CLSC est soulevée. En effet, au niveau de la clientèle de 0 à 17 ans, en regroupant Villeray et La Petite Patrie, le bassin d'écoles agrandi fera en sorte que les demandes de services dans les CLSC augmenteront d'autant.

Réponse: Oui, ces facteurs seront pris en considération.

Les soins destinés aux communautés ethniques et à la médecine alternative sont une préoccupation.

Réponse: Dans les assemblées publiques, les inquiétudes des communautés anglophones et allophones ont été exprimées avec insistance et touchent le maintien des services offerts dans la langue des résidants. C'est l'intention de l'Agence de maintenir en place les institutions ethniques. Quant à la médecine alternative, elle fait partie des services offerts à la population.

Commentaires des participants

Les participants ont fait part de leurs inquiétudes et de leurs craintes quant au danger de privatisation des soins et de l'accroissement de la sous-traitance, de l'autonomie des groupes communautaires, de la prévention et de la promotion de la santé. Certains souhaitent que plus d'importance soit accordée aux services préventifs.

Les gens se questionnent sur la lourdeur bureaucratique qui pourrait créer une lenteur au niveau des services offerts à la population et en affecter l'accessibilité, la continuité et la qualité. Au sujet de la complexité d'une fusion avec l'Hôpital Jean-Talon, ils craignent de voir disparaître les CLSC, leur mission et leur volet vie de quartier. On se demande également combien coûteront ces nouveaux changements.

Sur le nouveau découpage territorial proposé, on estime qu'une façon de réduire significativement les inconvénients serait de favoriser la participation des citoyens et citoyennes aux conseils d'administration afin qu'ils puissent se faire entendre.

La non-adéquation entre le territoire proposé pour le centre de santé et de services sociaux et les arrondissements municipaux fait en sorte que les deux CLSC de l'arrondissement Rosemont / Petite-Patrie, qui ont l'habitude de collaborer ensemble sur des projets, ne font pas partie du même centre de santé et de services sociaux.

Déception sur le fait que la population n'ait pas été consultée par le gouvernement avant l'adoption du projet de loi.

Validé par Gilles Larocque, membre du Forum de la population.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec

RAPPORT D'ACTIVITÉ
- Assemblée publique -
Territoire des CLSC Saint-Laurent
et Nord de l'Île

Date de l'assemblée : 27/03/04
Nombre de participants : 90
Nombre d'interventions : 20

Résumé et faits saillants

Le découpage territorial, de même que les partenariats proposés par l'Agence pour les secteurs Saint-Laurent et Nord de l'Île sont bien accueillis. L'exclusion de l'Hôpital du Sacré-Cœur du réseau local rassure visiblement la population.
Les thèmes reliés aux services communautaires, à la question linguistique et, tout particulièrement, au statut de l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être, ont été soulevés à plusieurs reprises.

Enfin, outre l'inquiétude relative à la fusion proposée, un questionnement sur le manque de ressources actuel est exprimé par des travailleurs et des clients des CLSC.

Principales questions

Une question concerne l'Association du diabète de Saint-Laurent qui offre des services multiethniques et accueille des malades de partout. Comment l'Association pourra-t-elle travailler avec l'Agence, compte tenu entre autres du découpage territorial ?

Réponse : D'abord grâce au programme de santé publique qui demeure en place. Ensuite, au niveau local, en collaborant activement avec les centres de santé et de services sociaux qui auront à gérer un volet santé publique. Enfin, puisqu'il n'est pas question de créer des frontières en faisant cette réforme, rien ne va empêcher quelqu'un de profiter de services qui ne sont pas dans son territoire, ce qui permettra à l'Association de continuer à desservir une clientèle qui vient de partout sur l'île de Montréal.

Des gens se demandent pourquoi le découpage proposé ne correspond pas aux découpages politiques ou scolaires actuels ?

Réponse : Il s'agit d'une donnée complexe. Il y a 27 arrondissements municipaux et 29 territoires de CLSC parmi lesquels 26 ne sont pas harmonisés avec les arrondissements. Compte tenu du fait que certains arrondissements pourraient défusionner de la grande ville, l'Agence a privilégié un découpage par territoire de CLSC. Par conséquent, il n'est pas sûr que les territoires des commissions scolaires, des arrondissements et des territoires des centres de santé et de services sociaux s'harmonisent parfaitement.

Des questionnements sont exprimés sur l'accessibilité, pour les personnes de moins de 65 ans ayant des maladies chroniques, aux services équivalents à ceux qu'obtiennent les aînés ?

Réponse : Les personnes qui souffrent d'un manque de mobilité dû à des problèmes chroniques pourraient effectivement être admissibles aux services désignés aux personnes âgées. C'est d'ailleurs pour cette raison que le programme d'intervention est maintenant libellé sous le vocable « perte d'autonomie liée au vieillissement ». Cette proposition devra être gérée dans le cadre des programmes et des priorités identifiées par chacun des centres de santé et de services sociaux.

Une personne se demande si son centre communautaire de femmes ne sera pas oublié dans cette réforme et veut savoir ce qui adviendra de son financement.

Réponse : Pour les deux prochaines années, le financement global des organismes communautaires par l'Agence demeure. Pour la suite, si de nouvelles orientations sont proposées par le Ministère, l'Agence sera partie prenante des discussions qui en découleront.

Une personne se demande si elle pourra continuer à voir son médecin de famille même si celui-ci n'est pas dans les limites de Montréal.

Réponse : Il n'y a aucun problème, toute personne va pouvoir conserver son médecin. L'objectif est qu'à long terme, la population en vienne à opter progressivement et naturellement pour des médecins oeuvrant sur le territoire de son centre de santé et de services sociaux.

Plusieurs personnes se demandent comment les fusions d'établissements en des instances plus grosses vont rapprocher les services de la population.

Réponse : Le conseil d'administration de chaque centre de santé et de services sociaux aura la responsabilité de distribuer les budgets à l'intérieur des programmes. Il y aura donc une meilleure connaissance des besoins locaux et des ressources à mettre en place pour les combler, en comparaison avec la situation en vigueur jusqu'à maintenant où ce rôle relevait de la Régie régionale.

Des craintes sont exprimées à l'effet de perdre la dimension psychosociale actuelle des CLSC dans le cadre de la réforme proposée

Réponse : La réforme vise justement à donner de meilleurs outils sur ce plan aux centres de santé et de services sociaux. Ce qui aurait pour effet de maintenir au niveau actuel l'offre de services pour le volet psychosocial et au mieux la bonifier. Les mesures mises en place visent aussi à faire en sorte que les médecins s'associent plus facilement à la mission CLSC qu'ils ne l'ont fait jusqu'à ce jour.

Des gens craignent de perdre les services jeunesse.

Réponse : Il faut penser à une approche intégrée pour la famille qui ne divise pas les jeunes en sous-groupes d'âges. Ce faisant, les programme s'adressant aux jeunes et à leur famille ne seront pas dilués, mais bien renforcés par la nouvelle structure.

Le projet expérimental SIPA, à Saint-Laurent, destiné aux personnes âgées, a été abandonné. Il fonctionnait pourtant bien.

Réponse : Le projet SIPA (Services intégrés aux personnes âgées) a bénéficié d'un financement exceptionnel pour la durée de la recherche. Si l'esprit du programme demeure dans l'approche des centres de santé et de services sociaux, il reste que le manque de financement n'a pas permis de l'implanter de façon permanente.

Dans le contexte actuel de manque de ressources, des participants se demandent comment le gouvernement va trouver les fonds nécessaires pour réaliser les changements.

Réponse : Il est reconnu qu'il manque 380 millions de dollars à Montréal pour le développement, de sorte que la question est plutôt celle-ci : allons-nous mettre de l'argent dans un système mal organisé ? C'est justement cette idée que vise la création des centres de santé et de services sociaux : mieux utiliser l'argent et les ressources disponibles, organiser le système de santé pour que les médecins, notamment, perdent moins de temps et soient plus efficaces grâce à une organisation intégrée des services.

Une personne suggère la présence d'un commissaire aux plaintes dans chaque centre de santé et de services sociaux.

Réponse : La création d'un poste à temps plein de commissaire a été recommandée lors du Forum des comités d'usagers et pourrait faire partie des recommandations de l'Agence. De plus, il est souhaité que des comités d'usagers soient implantés dans tous les établissements du centre de santé et de services sociaux et qu'ils soient mieux équipés qu'auparavant.

Commentaires des participants

- Le CHSLD-CLSC Nord de l'Île appuie le projet de l'Agence et compte travailler à en réaliser les objectifs.
- Dans les centres d'accueil qui hébergent des membres âgés de communautés immigrantes, il faut s'assurer que les conseils d'administration soient composés de personnes provenant de ces mêmes communautés.
- Afin de préserver les missions actuelles des établissements, il serait souhaitable que le conseil d'administration du centre de santé et de services sociaux soit composé en proportion égale de membres provenant des établissements fusionnés.
- La clientèle particulière du Manoir de Cartierville, composée de sourds-muets, inquiète les employés des autres établissements du futur centre de santé et de services sociaux qui craignent devoir desservir cette clientèle sans posséder de formation adéquate. On souhaite que le Manoir ait un statut spécial comme celui réclamé pour l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être.
- Afin d'éviter que la population soit démunie face aux médecins qui ne respectent pas leurs patients, on devrait créer un organisme à l'image des cours de petites créances

où les patients lésés pourraient faire part de leurs doléances. Cet organisme comprendrait des représentants des médecins, de l'établissement et de la population.

- On devrait avoir à Montréal un centre de recherche gériatrique qui desservirait toutes les personnes âgées montréalaises qui ont besoin d'hospitalisation. On s'assurerait ainsi que les personnes âgées soient bien traitées à l'hôpital.

Validé par Gilles Larocque, membre du Forum de la population.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec

RAPPORT D'ACTIVITÉ
- Assemblée publique -
Territoire des CLSC Rivière-des-Prairies,
Mercier-Est/Anjou
et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est

Date de l'assemblée : 29/03/04
Nombre de participants : 75
Nombre d'interventions : 19

Résumé et faits saillants

Les principales préoccupations des citoyens concernent le maintien des services actuels. Entre autres, le volet des soins en santé mentale a été abordé à quelques reprises, notamment sur les besoins des familles. On a souligné le manque de ressources, d'accessibilité et la difficulté de recevoir des services adéquats tant pour le malade que pour ses proches. Des parents ont souhaité être intégrés dans les équipes multidisciplinaires de soins des établissements et être reconnus comme faisant partie du processus de traitement de leurs enfants.

Le financement des organismes communautaires a été soulevé. L'Agence a confirmé que leur mode de financement demeurerait au palier régional durant les deux prochaines années. Si le Ministère envisageait d'autres orientations par la suite, elles feraient l'objet de discussions à ce moment.

Certaines inquiétudes ont été soulevées au sujet de la répartition des ressources entre les petits établissements, comme les CLSC, et les plus grands, comme les hôpitaux. Des travailleurs estiment que la réforme risque de faire perdre des acquis et qu'elle ne constitue nullement une solution aux problèmes actuels du réseau. Ils ont clairement affirmé leur désapprobation pour ce projet, craignant notamment une privatisation des services.

Principales questions

Une citoyenne craint la fermeture de l'urgence du CLSC de Pointe-aux-Trembles.

Réponse : L'objectif proposé par l'Agence est d'ouvrir le CLSC à titre de centre médical associé (CMA), 7 jours par semaine, 12 heures par jour, et de lui fournir les moyens de réaliser sur place des tests diagnostics. C'est un renforcement du CLSC et de sa position ainsi que sa capacité d'attirer les médecins qui sont visés à travers la formule de centre médical associé.

Compte tenu de la grandeur du territoire de la pointe de l'île et de la faible disponibilité du transport en commun, on se demande comment les personnes vulnérables pourront se rendre au centre médical associé prévu, soit celui de Pointe-aux-Trembles. Y aura-t-il un centre médical associé à Rivière-des-Prairies ?

Réponse : L'implantation des réseaux locaux prévoit au départ un centre médical associé par territoire, mais l'objectif visé est un centre pour 50 000 personnes. Dans la pointe de l'île, il y a 185 000 habitants, donc à terme, il devrait y avoir au moins trois centres médicaux associés. Il y en a un, c'est déterminé, qui va se retrouver au CLSC actuel de Pointe-aux-Trembles / Montréal-Est. Les deux autres endroits restent à déterminer.

On se demande si la réforme apportera de l'argent neuf afin d'assurer une qualité de services en CHSLD et en maintien à domicile par les CLSC.

Réponse : Le projet de réorganisation vise au départ à faire mieux avec les ressources disponibles actuellement. L'Agence a estimé que l'argent requis pour les nouveaux besoins à Montréal pour les trois prochaines années était de l'ordre de 380 millions de dollars. Pour la première année du plan stratégique (2003-2004), l'Agence a obtenu du gouvernement à peu près l'équivalent de 80 millions en développement, ce qui est un peu inférieur à la cible. Des sommes importantes sont prévues pour les priorités tels le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, l'hébergement et le soutien aux personnes ayant des maladies chroniques.

Une question est soulevée concernant les critères qui ont guidé l'établissement des budgets de chaque territoire présentés dans le document de consultation. De plus, avec la création des réseaux, on se demande comment les budgets seront répartis et comment éviter qu'ils soient accaparés par les hôpitaux.

Réponse : Les centres de santé conservent la responsabilité des services offerts dans les installations existantes de leur territoire. Là où l'hôpital local fait partie du centre de santé, son budget y a été intégré. Dans la pointe de l'île, le budget de l'hôpital est à l'extérieur du budget du centre de santé parce que l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ne sera pas intégré à l'instance locale mais sera lié par contrat. L'hôpital continuera de gérer son propre budget. C'est dans le contrat qui sera négocié par le centre de santé et l'hôpital que l'on trouvera les ressources qui seront affectées afin de permettre aux centres de santé et de services sociaux d'accomplir sa mission de façon complète.

Quant à la répartition du budget, elle se fera par programme et les sommes devront être attribuées à ceux-ci. À l'échelle locale, certains garde-fous ont été établis afin d'éviter le transfert d'argent des autres programmes vers les programmes de santé physique offerts par l'hôpital. L'inverse sera toutefois possible.

L'équité des ressources entre les 12 territoires proposés soulève un questionnement. N'y a-t-il pas danger de créer 12 « silos » inégaux avec le découpage territorial ?

Réponse : Le conseil d'administration du centre de santé et de services sociaux, qui aura la responsabilité de gérer l'argent consacré à un territoire donné, aura une meilleure connaissance des besoins de sa population et pourra ainsi mieux répartir les sommes sur le territoire. La diminution du nombre d'instances locales permettra aussi d'améliorer la communication et la coordination des actions. Quant aux services spécialisés, il faudra connecter les centres de santé avec les ressources informationnelles appropriées pour faire en sorte qu'il y ait une bonne continuité des services. L'Agence assurera à chaque centre un niveau de ressources suffisant et équitable entre les territoires de l'île.

La qualité, l'accessibilité et l'équité des services ont fait l'objet de plusieurs questions, particulièrement de la part d'usagers : sera-t-il plus facile, avec cette réforme, de passer les examens demandés par les médecins ? Les fusions aideront-elles à donner de meilleurs services ?

Réponse : Le but visé par la réforme est justement de simplifier cette démarche pour les citoyens. Il y aura des arrangements préétablis afin d'accélérer le suivi du dossier et l'accès aux services requis. C'est l'un des objectifs des centres médicaux associés. Le but visé est aussi d'intégrer les services qui devraient l'être pour apporter le maximum de bénéfices sans bouleverser ce qui se fait déjà et fonctionne bien.

Au chapitre de la santé mentale, des gens souhaitent une amélioration des services et se demandent de quelle manière la réforme contribuera à cette amélioration. De plus, les usagers pourront-ils continuer de recevoir des services à l'endroit de leur choix ?

Réponse : La réforme prévoit la mise en place d'un programme de santé mentale au même titre que pour d'autres besoins spécifiques, tels jeunes en difficulté, personnes âgées et dépendances, afin d'améliorer l'accès à des services le plus rapidement possible. De plus, l'implantation d'un protocole d'accueil en psychiatrie adulte dans les établissements de la région de Montréal en 2003 est venu renforcer la responsabilité des établissements d'offrir les services à la clientèle de leur territoire et de respecter le libre choix des usagers qui désireraient obtenir des services dans un établissement autre que celui désigné pour leur secteur.

Plusieurs travailleurs et travailleuses du réseau appréhendent les impacts de la réforme sur leurs conditions de travail. On se demande ce que la restructuration changera au quotidien des travailleurs.

Le titre d'infirmière auxiliaire fait l'objet d'un questionnement quant à son maintien et aux ouvertures possibles en CLSC.

Réponse : Le quotidien des travailleurs ne devrait pas changer. Les buts et les objectifs de la loi visent plutôt des améliorations qui toucheront directement la population, notamment par la coordination des services et l'intégration du corps médical. De plus, il n'y a aucune intention de fermer un emplacement actuel, ni d'abolir des postes. Pour ce qui est de la mobilité du personnel, l'employeur sera tenu de respecter les clauses déjà présentes dans les conventions collectives.

Au sujet des infirmières auxiliaires, l'Agence estime qu'elles ont une contribution particulière à faire dans le système de santé et celle-ci devrait être maintenue. Leurs compétences devraient être utilisées au maximum dans toutes les installations du centre de santé et de services sociaux.

Avec l'application des lois 25 et 30, des employés du réseau qui ont déjà connu des intégrations d'établissements craignent des bouleversements et se demandent comment conserver la qualité des soins dans ce contexte.

Réponse : Le nouveau conseil d'administration sera mieux placé pour les arbitrages entre les différents établissements que le niveau régional. Quant au type de gestion, il s'agira de points de service où on conservera une échelle locale, une culture locale. La réforme des unités d'accréditation va en diminuer le nombre. Concernant la liste de rappel, tout ne sera pas confondu. L'organisation du travail sera négociée localement.

L'impact de l'intégration d'un hôpital à l'intérieur du centre de santé fait l'objet de questions.

Réponse : Le débat se présente différemment selon les territoires. L'Agence croit qu'il faut regarder cet aspect localement, car chaque hôpital et chaque communauté ont leurs particularités. Dans certains territoires, l'idée d'intégrer l'hôpital est accueillie favorablement car on croit que cela attirera davantage de médecins. Les hôpitaux sont différents d'un territoire à l'autre et il faut en tenir compte dans l'évaluation des impacts. Voilà pourquoi seuls les sept hôpitaux montréalais ayant une taille communautaire seront intégrés dans les centres de santé et de services sociaux.

Commentaires des participants

Une citoyenne a soulevé le fait que les termes employés ne reflètent pas nécessairement la réalité. Dans sa compréhension, un centre de santé fait référence à un édifice et à un lieu précis, alors qu'un centre médial associé semble être une structure de coordination de services.

Les employés présents se sont montrés inquiets au sujet de leur sécurité d'emploi, exprimant des craintes concernant la sous-traitance et la privatisation. Plusieurs intervenants ont fait mention des nombreux changements qui ne cessent de se produire et de la difficulté de se réadapter constamment.

Certaines personnes ont exprimé leur déception que la population n'ait pas été consultée par le gouvernement avant l'adoption du projet de loi.

Quelques personnes ont mentionné qu'il aurait été préférable de combler les besoins primaires et prioritaires dans les institutions au lieu d'investir dans une réforme du système.

Une personne a émis l'idée qu'il serait important que l'Agence s'assure que les gens nommés aux conseils d'administration soient très disponibles afin que la réforme fonctionne.

Validé par Carole Robertson et Pietro Gasparrini, membres du Forum de la population.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec

RAPPORT D'ACTIVITÉ
- Assemblée publique -
Territoire des CLSC Saint-Henri,
Verdun/Côte Saint-Paul et Pointe Saint-Charles

Date de l'assemblée : 30/03/04
Nombre de participants : 280
Nombre d'interventions : 37

Résumé et faits saillants

L'assemblée a été marquée par des demandes récurrentes à l'effet que l'Agence recommande au gouvernement de suspendre la loi 25, jugée impopulaire et anti-démocratique.

Les participants à la consultation ne voient pas en cette réorganisation une amélioration des services car ils estiment qu'il existe déjà une coordination entre les services dans ce secteur.

La prévention et les services à domicile ont été les thèmes dominants abordés par la population du Sud-Ouest de l'Île. Il a aussi été question de l'accessibilité universelle aux services et notamment aux médecins de famille.

Les gens se disent contre la volonté gouvernementale de réduire le nombre de citoyens impliqués dans les conseils d'administration et surtout leur remplacement par des membres nommés par le ministre.

Des membres de la communauté polonaise ont par ailleurs eu l'occasion de réclamer à nouveau un statut particulier pour l'Institut Canadien-Polonais du Bien-être.

Principales questions

Des citoyens se demandent comment la réforme allait améliorer les services à domicile.

Réponse : Lors de sa planification stratégique en 2003, l'Agence a estimé à 380 M $ les besoins en santé à Montréal, dont 76 M $ pour le maintien à domicile. Avec la réforme, l'Agence continuera à trouver l'argent nécessaire afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population, mais il ne faut pas oublier que le but de cette réforme est d'abord de mieux coordonner et mieux intégrer les services et mettre la santé publique de l'avant.

Dans le cadre des nouveaux découpages, qu'en est-il de la prévention ?

Réponse : L'Agence a identifié trois rôles principaux pour la nouvelle instance qui sera créée : veiller à une meilleure utilisation des services, assurer que les services produits soient mieux connectés et accorder une priorité à la santé publique et aux programmes de prévention. Il s'agit là d'un élément clé de notre réforme. Le nouveau découpage territorial en 12 centres permettra d'améliorer les interventions en prévention.

Des citoyens se demandent si, dans le budget 2004-2005 du gouvernement, l'investissement de 960 millions de dollars pour la santé sera suffisant.

Réponse : Le Ministère a annoncé une croissance de notre budget de l'ordre de 5,1 % sans l'indexation salariale. Cela signifie que nous disposerons des sommes requises pour installer les réseaux locaux sur notre territoire.

Sur la question des transferts de budget entre les établissements, l'étanchéité que vous évoquez à propos du budget des hôpitaux est-elle écrite dans la loi

Réponse : Les directives reçues du Ministère par le sous-ministre sont conformes aux déclarations publiques du ministre en ce sens. Il n'y aura pas de transfert de fonds d'aucun programme vers la santé physique,vers les hôpitaux.

Des personnes s'interrogent à propos de la participation citoyenne, il semble qu'on éloigne le centre de décision des citoyens. La suggestion proposée : qu'il y ait un mimimum de deux représentants de la population par conseil d'aministration et la création d'un conseil consultatif avec participation des citoyens dans chacun des établissements.

Réponse : Le gouvernement a l'intention d'assurer la participation de la population aux conseils d'administration. L'Agence demandera aux établissements de fournir deux noms par établissement, au lieu d'un, pour le conseil d'administration du centre de santé et de services sociaux.

Des citoyens veulent maintenir la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles et demandent que soient maintenus les programmes et les budgets qui y sont affectés. Ils demandent des garanties quant au maintien et à la protection des programmes et des budgets de la clinique.

Réponse : Pour les budgets qui sont sous la responsabilité de l'Agence à partir du 1er avril, ceux-ci sont garantis. La question des inégalités budgétaires entre les territoires est toutefois une préoccupation constante de l'Agence. Il faudra trouver des indicateurs fiables de besoins locaux, validés par la population locale applicables à l'ensemble de l'île. Par exemple, on sait que les taux de morbidité sont liés à la situation socioéconomique des gens. Si les besoins sont plus élevés à Pointe Saint-Charles, il y aura une croissance du budget du centre de santé et de services sociaux. Au fur et à mesure qu'on appliquera la budgétisation par besoins réels, on sera en mesure de faire une distribution équitable.

Des citoyens disent qu'il est impératif de conserver les initiatives locales et de considérer les particularités des quartiers. De plus, comme les consultations arrivent APRÈS le projet de loi, ils se demandent si leurs commentaires seront pris en compte.

Réponse : Tous les commentaires — qui sont enregistrés, et qui relèvent de notre responsabilité — seront pris en compte dans nos recommandations.

Une des conditions pour mettre en branle l'accord international sur les marchés publics est d'atteindre des seuils de valeur que la fusion des CLSC permettra. Il y donc là une ouverture à la privatisation. Saviez-vous que les fusions étaient une des conditions pour atteindre ces seuils ? L'enjeu pour la démocratie est énorme. Et c'est pour ça qu'on vous demande de suspendre la loi 25.

Réponse: Ce n'est pas à l'Agence qu'il faut poser cette question. Vos commentaires sont transmis au ministre.

Les nouvelles mères ne font pas partie de la clientèle vulnérable; va-t-on offrir les mêmes services aux mères après la fusion des établissements ?

Réponse : Dans le plan d'action régional en santé publique de la Régie régionale, adopté l'automne dernier, les jeunes enfants et leurs parents sont identifiés comme une priorité. L'Agence a la même lecture de la situation que la Ville de Montréal et les commissions scolaires à cet égard.

Des participantes se questionnent sur la façon d'assurer la continuité des services aux familles ?

Réponse : Les programmes de santé publique financés par l'Agence continueront d'exister. C'est le cas de la périnatalité, qui fait d'ailleurs partie des priorités. Le soutien des familles et des jeunes enfants fait partie de notre programme de santé publique. Localement, le conseil d'administration du centre de santé et de services sociaux aura la responsabilité de s'assurer que ces programmes soient dispensés dans les 12 territoires de Montréal.

Les services qui seront fournis par le centre de santé seront-ils locaux ?

Réponse : Les conseils d'administration des centres de santé et de services sociaux auront tout intérêt à garder ce qui va bien. Ils auront à cœur le bien-être de leur communauté et devraient être plus près des besoins locaux que l'Agence ne l'est au niveau régional. Ainsi, tout sera fait pour maintenir en place les services qui performent et améliorer ceux qui fonctionnent moins bien. L'idée n'est pas de tout bouleverser.

Puisque la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles sera associée et non affiliée, des citoyens se demandent s'ils pourront continuer d'utiliser ses services et qui la financera.

Réponse : La clinique communautaire demeurera responsable de ses différents services et son budget viendra du Ministère et de l'Agence. Son statut particulier sera maintenu et elle aura à travailler avec le centre de santé, notamment pour implanter les

plans locaux de santé publique. L'Agence évaluera aussi s'il est préférable qu'il en soit ainsi après la fusion des établissements.

Le modèle albertain, tel qu'évoqué par le ministre Couillard est soulevé. Quelle garantie avons-nous qu'il ne sera pas repris ici ?

Réponse : La meilleure garantie que nos ayons c'est la force des citoyens. Le conseil d'administration de l'Agence est composé de citoyens qui croient en notre système de santé et ils n'en n'autoriseront jamais la privatisation. D'ailleurs, dans notre proposition, rien n'y fait référence. Ce sera la responsabilité de la population de se manifester si ses craintes se confirment.

Après la période de deux ans prévue pour évaluer les organismes communautaires, y aura-t-il un mécanisme de consultation visant à les assurer d'un financement suffisant en regard de leur mission ?

Réponse : L'Agence a proposé au Ministère de maintenir le financement régional des organismes. Au niveau régional, on finance déjà près de 700 organismes qui sont regroupés de façon sectorielle et intersectorielle. Si les orientations du ministre changent à cet égard, l'Agence fera partie des discussions pour Montréal.

La communauté polonaise est sensible au travail que vous faites pour améliorer le système de santé. Nous avons cependant une inquiétude : l'Institut Canadien-Polonais a besoin d'un statut particulier; comment cela va-t-il s'intégrer à la division territoriale ?

Réponse : L'Agence a déjà abordé la question; nous proposerons un amendement à la loi pour doter l'Institut, comme les autres centres d'hébergement desservant majoritairement des communautés ethnoculturelles, d'une mission suprarégionale afin de préserver leur autonomie et leur indépendance.

Principaux commentaires

- Il n'apparaît pas pertinent de fusionner les établissements locaux avec le Centre hospitalier de Verdun, lequel a présentement un déficit de 9 millions de dollars.

- Avec la pression sur les urgences et sur les hôpitaux pour éviter les déficits, il est prévisible que les mécanismes d'étanchéité budgétaire mentionnés précédemment disparaissent.

- La proposition de l'Agence et les choix du gouvernement évacuent du débat les enjeux sociaux majeurs que sont la lutte à la pauvreté, l'accès aux logements et les droits sociaux.

- On constate que depuis le virage ambulatoire, les services à domicile, qui constituaient 15 % du budget des CLSC, en représentent aujourd'hui 50 %.

- Nous sommes pour le retrait de la loi 25. Si vous voulez nous appuyer, vous pourriez quitter votre fonction avec fracas ! [Réponse de M. Levine : *Considérant quelles sont*

mes croyances, j'aimerais mieux rester où je suis et tenter de les faire valoir dans le système que de laisser la place à quelqu'un d'autre qui ne partagerait pas mes valeurs.]

- Il ne faut pas balayer du revers de la main ce qui a été fait depuis 35 ans.
- Je n'ai pas entendu un mot d'humanité ce soir. Je suis gérée, administrée, *gestionnée*, mais je veux surtout continuer d'être soignée avec la même attention et la même compétence.
- Notre malaise vient du fait que nous mettons en cause la logique de cette réforme. Nous nous demandons comment des conseils d'administration nommés par le gouvernement vont rapprocher les soins de la population. En adoptant une loi désapprouvée par tout le monde, le gouvernement a fait la preuve qu'il ignore la volonté de la population.
- Ce projet est une ouverture à la privatisation. C'est de plus une improvisation incertaine et coûteuse.
- Crainte à l'effet que le personnel perdre son sentiment d'appartenance et que les employés sur appel soient démotivés d'avoir à aller travailler dans différents établissements sur demande.
- La réforme n'oblige pas les médecins à se concerter avec les centres de santé.
- Craintes de la sous-traitance et de la privatisation des services.
- Les groupes communautaires demandent que leur mission soit respectée dans la nouvelle organisation.

Validé par Hélène Bohémier, membre du Forum de la population.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec

RAPPORT D'ACTIVITÉ
- Assemblée publique -
Territoire des CLSC Ahuntsic et Montréal-Nord

Date de l'assemblée : 31/03/04
Nombre de participants : 180
Nombre d'interventions : 25

Résumé et faits saillants

Les principales préoccupations des citoyens concernent le maintien des services actuels ainsi que la division territoriale. Certains ont exprimé la crainte que les services soient modifiés dans les établissements qu'ils fréquentent.

Ils s'inquiètent également de l'impact négatif de la réduction du nombre de citoyens impliqués dans les conseils d'administration.

La maintien du financement des organismes communautaires a été évoqué de même que des craintes quant à la fermeture de certains d'entre eux.

Les principaux questionnements exprimés par les employés des établissements concernaient le vécu quotidien des travailleurs et les changements appréhendés que la réforme occasionnera.

Des questions sur la répartition des ressources entre les établissements ont été soulevées. À ce sujet, il y a eu des oppositions envers l'intégration de l'hôpital Fleury au centre de santé et de services sociaux, quoique le CLSC Montréal-Nord ait déclaré qu'il approuvait le projet et souhaitait que la proposition initiale de l'agence soit mise en application.

Principales questions

Des questions ont été posées sur les déficits accumulés de l'hôpital Fleury

Réponse : Le ministre a dit que le système sera financé par le biais des neuf programmes cliniques. L'argent prévu pour les hôpitaux, soit le programme santé physique, est fermé et étanche. Aucun transfert de fonds ne pourra se faire des autres programmes vers celui-là. Quant au déficit accumulé de l'hôpital, il sera comptabilisé dans la dette globale du gouvernement et ne fera pas partie de la responsabilité du centre de santé et de services sociaux.

L'assiette budgétaire globale de l'Agence sera répartie de façon proportionnelle, en tenant compte des particularités des 12 territoires. Il faudra s'assurer que les critères de distribution fassent l'objet d'un consensus.

Des personnes sont venues demander des garanties solides quant au financement des futurs centres de santé et de services sociaux.

Réponse : L'Agence n'a pas plus de garanties que n'en avait la Régie régionale six mois auparavant. Chose certaine, la région vient d'obtenir un rehaussement de 200 millions de dollars en argent neuf. Cet argent sera distribué entre les 12 centres qui auront la responsabilité de le répartir dans les services. Quant à l'implantation de la réorganisation proposée, les risques sont réels, aussi faut-il agir avec précaution. L'Agence croit qu'il faut briser l'isolement des installations en créant des regroupements. Déjà, le corps médical a signifié sa volonté de s'intégrer aux centres médicaux associés, ce qui est un appui très important.

La fondation de l'hôpital Fleury vient de donner 3 millions de dollars. Des questions sont soulevées concernant l'avenir des fondations hospitalières.

Réponse : Les fondations restent; elles auront le droit d'envoyer un membre au conseil d'administration du centre de santé et de services sociaux. Toutefois, chaque fondation demeure une entité légale qui donne à qui elle veut.

Des citoyens sont préoccupés par le fait qu'un seul conseil d'administration gérera un si grand territoire.

Réponse : Le mandat de l'Agence est de rencontrer les conseils d'administration de chaque instance. Un des premiers avis que l'Agence fera sera de leur dire de prendre leur temps, de garder en place les comités d'usagers et de citoyens déjà présents, de conserver les mêmes employés afin d'assurer la continuité des soins et de s'organiser pour que les citoyens de leur territoire participent.

Des usagers d'un centre d'hébergement se demandent pourquoi faire une fusion avec un hôpital en particulier, alors que plusieurs hôpitaux différents leur fournissent des soins.

Réponse : Les personnes hébergées resteront hébergées et les employés resteront en poste. Il n'y a aucune volonté de changement à cet égard. Le fait de fusionner ne changera pas la nature du milieu d'hébergement. Par contre, l'avantage d'être fusionné avec un hôpital en particulier est que celui-ci aura obligation de garantir les soins au CHSLD et donc de fournir les médecins en conséquence.

Des inquiétudes sont soulevées quant au financement des organismes communautaires après le statu quo prévu de deux ans.

Réponse : Après cette période, si les orientations actuelles changent, le Ministère discutera avec les groupes pour savoir ce qui peut être fait. Le problème de l'Agence est que même si le budget accordé aux organismes communautaires est passé à 60 millions, il demeure difficile de financer de nouveaux groupes, même si les besoins sont réels.

Une personne soulève la question des services de prévention aux jeunes et en particulier aux cégépiens.

Réponse : La prévention auprès des jeunes est une des priorités pour Montréal et est incluse au plan stratégique qui a été déposé en septembre dernier. Dans le nouveau projet, la prévention est maintenue comme priorité avec une enveloppe budgétaire fermée et étanche qui ne pourra pas être utilisée autrement. Il y a déjà un budget de 44 millions investi

dans le réseau des CLSC pour la prévention et il faudra vérifier comment cette somme sera utilisée pour les jeunes dans les territoires. De plus, le ministre vient d'annoncer une somme additionnelle de 24 millions destinée à la prévention pour l'année en cours.

L'intégration des établissements posent plusieurs problèmes.

Réponse : L'intégration des établissements doit être faite en prenant le temps qu'il faut; il ne s'agit pas de chambarder les choses en place et de fermer des services. Il faudra compter sur une direction générale et des gestionnaires qui partagent une vision commune et sur de nouveaux conseils d'administration à la fois impliqués, présents et vigilants. D'accord il faut de l'argent pour réaliser ces changements, mais la contribution des acteurs est tout aussi importante.

Des questions sont posées sur la façon dont les services seront améliorés avec le projet de fusion.

Réponse : Des corridors de services seront négociés entre le centre de santé et de services sociaux et les établissements spécialisés. Par exemple, si un patient rencontre un omnipraticien et que celui-ci constate qu'il doit consulter un cardiologue, les corridors négociés donneront accès directement au spécialiste. Toutefois, comme le libre choix du médecin demeure, le patient aura toujours la possibilité de faire ses démarches seul pour rencontrer le cardiologue de son choix. Mais cela ira assurément plus vite en utilisant le corridor de services.

Commentaires des participants

- Une personne a souligné le fait que sur le territoire proposé, il y a des écoles appartenant à deux commissions scolaires.

- La représentativité du conseil d'administration du centre de santé et de services sociaux en relation avec l'étendue du territoire proposé est questionnée. Une suggestion : que le conseil soit composé en proportion égale de personnes provenant d'Ahuntsic et de Montréal-Nord.

- Un citoyen souligne que la plan stratégique de la Régie, adopté l'an dernier, parlait d'intégration des services sans toutefois recourir aux fusions d'établissements.

- Certains intervenants se sont dits en accord avec les objectifs du projet de favoriser la mise en réseau de services. Ils considèrent que le projet est une reconnaissance des efforts faits par les CLSC pour créer des réseaux avec d'autres organismes.

- Plusieurs sont en désaccord avec le fait que le gouvernement oblige la mise en réseau et impose son choix. Le choix d'inclure l'hôpital Fleury au sein du réseau n'est pas une bonne idée puisque les citoyens du territoire ne l'utilisent que dans une proportion de 18 %.

- Certaines personnes se sont dites déçues que la population n'ait pas été consultée par le gouvernement avant l'adoption du projet de loi. Quelques-uns ont exigé le retrait de la loi 25.

- Plusieurs employés craignent une dégradation des services dans les CHSLD et que la reforme brise des organisations qui fonctionnent bien comme les CLSC, notamment au niveau de ses relations avec les écoles pour les programmes de prévention. Ils ont aussi abordé la difficulté à accepter une autre fusion et ont exprimé des inquiétudes quant à la sécurité d'emploi, la sous-traitance et la privatisation. Plusieurs intervenants ont fait mention des nombreux changements qui ne cessent de se produire et de la difficulté de se réadapter constamment.

- Trois organismes communautaires ont témoigné du rôle essentiel joué par les organisateurs communautaires du CLSC dans leur existence. Ils craignent que le volet communautaire soit dilué ou disparaisse carrément avec l'arrivée du centre de santé et de services sociaux et que leur financement soit remis en cause par celui-ci.

Validé par Pietro Gasparrini, membre du Forum de la population.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec

RAPPORT D'ACTIVITÉ
- Assemblée publique -
Territoire des CLSC Pierrefonds
et Lac Saint-Louis

Date de l'assemblée : 01/04/04
Nombre de participants : 180
Nombre d'interventions : 31

Résumé et faits saillants

La majorité des interventions a convergé vers les volets communautaire et prévention de la mission des CLSC. Plusieurs des intervenants ont dit craindre que l'organisation du système de santé en *mégastructures* ait un effet de dilution important sur l'humanisation des soins, sur la mission préventive des CLSC et sur la mobilisation du personnel. On perçoit par ailleurs comme inconciliables la gestion des différentes missions d'établissements dans le nouveau centre de santé et de services sociaux.

Préoccupation manifeste pour les clientèles vulnérables .
Il a été questions à quelques reprises de l'existence de poches de pauvreté dans l'Ouest, du sous-financement de la région, notamment pour le maintien à domicile, et du manque de lits de longue durée.

Expression générale d'un scepticisme à l'égard de la réforme, de son application concrète liée, entre autres, au statut particulier de l'Ouest de l'île.

Principales questions

Des employés craignent que la fusion ait un impact majeur sur les relations de travail. Ils estiment que l'idée d'un regroupement avec l'hôpital va à l'encontre du concept de qualité des soins et met en cause la mission des établissements. Ils prédisent que la gestion de la liste de rappel sera problématique.

Réponse : Ce n'est pas la première fusion que connaît le réseau. Historiquement, certains changements non souhaités par la population ont connu de bons résultats. Ainsi dans les années 80, plusieurs CLSC ont été créés avec du personnel provenant d'autres instances. La fusion a sûrement été une réussite puisque plusieurs personnes témoignent ce soir du travail de qualité réalisé dans les deux CLSC du territoire.

La réforme est une intégration, pas un *take over*. L'Agence reconnaît que chacun des établissements fonctionne bien et réalise adéquatement sa mission. Le problème, c'est plutôt la route qui mène de l'un à l'autre. Les missions antérieures vont demeurer partie intégrante de la mission du centre de santé et de services sociaux. L'idée, c'est de créer une mission plus grande qui les englobe tous.

Puisque la réforme va renforcer les responsabilités des centres de santé et de services sociaux, une des tâches importantes des nouveaux administrateurs sera de gérer avec tact, sympathie et intelligence la relation avec le personnel.

Les budgets de prévention des CLSC seront-ils protégés ?

Réponse : Dans les budgets de développement de 200 M $ que vient d'annoncer le ministre Couillard, il y a de 10 à 15 % de ces montants qui iraient à la prévention. Nous pensons augmenter graduellement ces sommes pour accroître les 44 M $ actuellement disponibles pour les services de prévention.

Mais il reste que ce sera la responsabilité de chaque centre de santé et de services sociaux de déterminer les programmes qu'il souhaite réaliser localement à même le financement reçu de l'Agence. Ils devront s'assurer de faire le maximum en prévention. De plus, l'Agence continuera à défendre les mêmes idées et à croire que la prévention touchant les jeunes doit être privilégiée. Le plan d'action « *La santé en actions* » continuera à s'appliquer, puisque le constat demeure toujours aussi vrai aujourd'hui.

Des citoyens s'interrogent sur le risque, pour le CLSC, de perdre sa spécificité d'action au niveau local si les services sociaux sont amalgamés dans un tout au sein du centre de santé et de services sociaux.

Réponse : Loin de diminuer les services sociaux, le projet vise plutôt à les maintenir et à les développer. Il est notamment prévu d'augmenter le nombre de gestionnaires de cas. Il n'est pas question de tout aplanir et de tout chambarder. Au contraire, ce qui fonctionne bien dans un établissement sera conservé.

Qu'arrivera-t-il du déficit de l'Hôpital général du Lakeshore ?

Réponse : Il s'agit d'une préoccupation récurrente dans les assemblées. La loi interdit que les déficits des hôpitaux soient transférés dans les centres de santé et de services sociaux. De fait, la quasi-totalité des déficits des hôpitaux montréalais a déjà été approuvée par le Ministère, si bien qu'ils seront absorbés par un budget spécial. Ils n'auront donc pas d'impact sur le budget des centres de santé et de services sociaux.

On parle beaucoup d'inclure les hôpitaux dans les centres de santé, mais la proposition de l'Agence implique la création de 5 réseaux sans hôpital. Comment cela va-t-il se passer ?

Réponse : Lorsqu'il n'y a pas d'hôpital dans le centre de santé et de services sociaux, celui-ci négociera un contrat de première instance avec un hôpital. Par exemple, on va demander à un hôpital de consacrer certaines de ses ressources au centre de santé et de services sociaux. De plus, les hôpitaux spécialisés vont se partager la responsabilité de répondre aux besoins des différents centres de santé et de services sociaux. Les arrangements vont être prédéterminés.

Comment fonctionnera le système quand un usager aura besoin d'un hébergement de longue durée ?

Réponse : L'Agence vise à s'assurer que le nombre de places pour l'hébergement soit suffisant. Pour des raisons historiques, les places d'hébergement ne sont pas réparties équitablement sur le territoire. C'est le cas de l'Ouest de l'île qui souffre d'un déficit important à cet égard. Au cours des deux prochaines années, la gestion demeurera centralisée au niveau régional. Des modalités de fonctionnement par secteur seront ensuite analysées avec les centres de santé et de service sociaux.

L'Agence mentionne le statut d'établissement associé. Qu'en est-il exactement ?

Réponse : Dans la proposition, le terme associé est générique. Il peut représenter autant des établissements publics que privés avec lesquels le centre de santé et de services sociaux négociera des arrangements particuliers. Les ententes déjà établies entre les centres privés conventionnés et les établissements seront transférées au centre de santé et de services sociaux. L'objectif est qu'à moyen terme, la gestion des admissions dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée soit gérée localement par les centres de santé et de services sociaux.

Les centres d'hébergement qui sont définis comme associés seraient appelés à recevoir la clientèle du territoire. L'objectif est de fournir aux centres de santé et de services sociaux tout ce qui leur faut pour s'occuper des personnes âgées sans avoir à faire appel à des ressources ailleurs dans l'île ou passer par une instance régionale.

Compte tenu de la pénurie de médecins, a-t-on prévu accroître le rôle des infirmières cliniciennes en première ligne ?

Réponse : C'est un dossier en développement, mais plus particulièrement dans le secteur des spécialités en milieu hospitalier. Il y a une volonté de développer ce rôle au Québec comme en font foi les discussions entre l'Ordre des infirmières et le Collège des médecins. Mais la tendance au Québec n'est pas de former des infirmières cliniciennes qui vont œuvrer dans les milieux généralistes.

Qu'adviendra-t-il des services en langue anglaise ? Et est-ce que les établissements qui sont désignés continueront de l'être après les fusions ?

Réponse : Il est prévu dans la nouvelle loi de maintenir les services en langue anglaise et en d'autres langues aux endroits où ils sont actuellement dispensés. Sous le chapeau du centre de santé et de services sociaux, les établissements désignés continueront de l'être et offriront les services comme ils le font maintenant. Les établissements actuellement reconnus en vertu de l'Office québécois de la langue française, le demeureront également avec la nouvelle loi.

Commentaires

- Les CLSC et l'Hôpital général du Lakeshore se sont opposés officiellement au projet de fusion.
- Un participant souhaite le retrait immédiat de la loi 25.
- Le fait de passer de quatre conseils d'administration composés de représentants de la population à un conseil nommé par le ministre est un geste malheureux. Les gens d'expérience qui occupent ces postes présentement devraient pouvoir continuer à siéger. On suggère de garder en place trois membres de chacun des conseils des établissements actuels au sein du conseil d'administration du centre de santé et de services sociaux.
- Le problème du Lakeshore, c'est la pénurie de spécialistes. L'hôpital n'a jamais été assez gros pour satisfaire la population.
- Il est important de tenir compte des idées des gens qui oeuvrent dans le système et qui connaissent les détails du fonctionnement afin de ne pas se les mettre à dos dans la réforme.

Validé par Nancy Schmidt, membre du Forum de la population

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec

RAPPORT D'ACTIVITÉ
- Assemblée publique -
Territoire des CLSC du Plateau Mont-Royal, des Faubourgs et Saint-Louis-du-Parc

Date de l'assemblée : 03/04/04
Nombre de participants : 100
Nombre d'interventions : 26

Résumé et faits saillants

De très nombreux commentaires ont été émis sur la nécessité de reporter la réforme.

Des représentants de la communauté chinoise sont venus revendiquer un statut particulier pour l'Hôpital chinois.

Le déménagement du CHUM inquiète : des craintes sont formulées quant à la possibilité de perdre le pavillon Notre-Dame qui joue un rôle important auprès de la population du quartier des Faubourgs présentant des problèmes physiques et sociaux particuliers. Certaines personnes se disent contre l'inclusion des hôpitaux dans les centres de santé et de services sociaux.

Enfin, plusieurs personnes présentes ont soulevé l'importance d'éviter que le curatif s'oppose au préventif et que le médical l'emporte sur le social afin de créer un réel continuum de services. Selon certains, les services sociaux et psychosociaux ne sont pas suffisamment présents dans la proposition de l'Agence.

Principales questions

Des représentants de la communauté chinoise s'inquiètent pour l'avenir de l'Hôpital chinois.

Réponse : De la même façon qu'elle le fait pour l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être, qui offre également des soins de longue durée, l'Agence reconnaît les besoins particuliers de la communauté chinoise et l'importance du maintien de ses services. À cet effet, l'Agence recommandera au ministre de préserver les caractéristiques propres de ces institutions et de leur donner un statut suprarégional.

Si le CHUM déménage dans le secteur Villeray – Petite Patrie, est-ce qu'il deviendra l'hôpital pour le secteur des Faubourgs, du Plateau Mont-Royal et Saint-Louis du Parc également? Est-ce qu'il y a un plan B ?

Réponse : La commission Mulroney-Johnson, qui étudie la proposition du CHUM, travaille sur deux scénarios. Le premier serait de construire un nouvel hôpital de 700 lits au coin des rues Saint-Denis et Rosemont et de garder ouvert le pavillon Notre-Dame ou Saint-Luc comme hôpital général de 300 lits afin de desservir la population environnante. Le Centre de santé et de services sociaux Des Faubourgs, Du Plateau

Mont-Royal et Saint-Louis du Parc deviendrait responsable de l'hôpital restant. L'autre scénario serait de construire un nouveau CHUM ailleurs, en rénovant autour du pavillon St-Luc et en laissant Notre-Dame ouvert comme hôpital général.

Des gens se demandent quelle sera la place de la prévention et de la promotion de la santé dans cette réforme, notamment en ce qui concerne les jeunes.

Réponse : Pour nous, le terme *santé publique* porte non seulement sur l'état de santé et de bien-être mais aussi sur le développement social des communautés. Dans notre plan d'action régional en santé publique, une de nos priorités est la réduction des inégalités sociales et de ses effets sur la santé; une autre de nos préoccupations concerne les jeunes et les familles. Une large place est faite au développement des jeunes et des tout-petits. Nous envisageons la santé publique au sens global. C'est un programme qui intègre des clientèles variées.

Quelle place sera réservée à la santé des femmes ?

Réponse : La santé des femmes sera prise en compte lors de la conception des différents programmes de santé qui seront déployés dans les centres de santé et de services sociaux. Les différents besoins des groupes et des communautés seront alors considérés.

L'accès rapide à des examens et à des tests spécialisés est important. Qu'est-ce qui sera fait pour l'améliorer ?

Réponse : L'Agence sait que l'accès aux services diagnostiques est à améliorer, et reconnaît qu'il y a un manque d'argent, d'équipement et de personnel. Dans notre proposition, la création des centres médicaux associés permettra d'améliorer l'accès à ces services puisqu'ils seront disponibles aux médecins de la communauté à l'extérieur des centres hospitaliers.

Le CLSC Des Faubourgs est un établissement avec mission régionale en toxicomanie. Est-ce qu'il perdra cette spécificité étant donné que le ministre a dit que les missions régionales ne seront pas fusionnées ?

Réponse : Les établissements avec des mandats régionaux ou suprarégionaux, comme le CLSC Des Faubourgs, pourront conserver leur mission spécifique dans le cadre de la mise sur pied des centres de santé et de services sociaux. Par exemple, les services reliés à l'itinérance relèveront du centre de santé et de services sociaux local, tout comme le centre de santé et de services sociaux qui intégrera l'Hôpital Jean-Talon assumera sa mission régionale de remplacement de la hanche et du genou.

La question de la fusion avec un hôpital est soulevée.

Réponse : L'Agence analysera chaque cas d'inclusion d'un hôpital individuellement, parce que chacun a ses particularités ainsi que le territoire sur lequel il se trouve. L'inclusion des hôpitaux a des avantages parce que cela permet de faire des chose qu'on ne pouvait faire avant, comme créer des équipes multidisciplinaires, faire des ententes avec des ressources et créer des ponts avec des médecins spécialistes.

L'école est un lieu de dépistage de problématiques particulières et la Commission scolaire de Montréal a développé une gamme de services pour les clientèles des quartiers Plateau, Mile-End et des Faubourgs. Les ressources professionnelles dans les écoles seront-elles augmentées, les services seront-ils maintenus et l'école sera-t-elle reconnue comme un partenaire privilégié ?

Réponse : Ce sera la responsabilité du nouveau conseil d'administration du centre de santé et de services sociaux de votre territoire de faire en sorte que les collaborations déjà en place dans les écoles se poursuivent ainsi que les liens qui existent entre les écoles et les CLSC. L'argent neuf qui sera investi facilitera l'amélioration ou l'augmentation des services.

Qu'arrivera-t-il au niveau des centres d'hébergement et de ceux qui traitent des maladies particulières ?

Réponse : En ce qui concerne l'hébergement, l'Agence suggérera de conserver au moins pour deux ans le système régional d'admission. Par la suite, elle étudiera la possibilité de le décentraliser pour permettre le mouvement de clientèles vers les endroits où il y aura des places disponibles. Par ailleurs, un centre qui a une approche particulière pour certains types de clientèles conservera sa spécificité.

Des personnes s'interrogent sur les contrats d'entente entre un hôpital et un centre de santé et de services sociaux.

Réponse : Les travaux ont débuté pour les contrats types des centres de santé et de services sociaux qui ne comptent pas sur la présence d'un hôpital. Ils feront en sorte que les patients qui sont déjà hébergés par les centres soient considérés comme admis par les hôpitaux qui auront le contrat de première instance. Il faut le voir de cette façon : l'hôpital vient en aide aux centres de santé et de services sociaux.

Commentaires :

Quelques personnes ont décrié le fait que la loi 25 ait été passée sous le bâillon sans consulter la population et ont soulevé le manque de transparence du gouvernement, de même que la trop grande rapidité du processus actuel de réorganisation.

Plusieurs ont suggéré que le gouvernement devrait investir dans les services déjà en place et protéger les services de première ligne.

Des gens étaient inquiets de voir des services en santé physique déjà insuffisants être encore réduits. Ils ont également exprimé leurs craintes de voir le curatif l'emporter sur le préventif.

Les employés et syndiqués ont fait valoir que le gouvernement n'a pas tenu compte de l'opposition des employés. Ils ont ajouté que les fusions ne feront que grossir la structure et alourdir le système. Ils ont fait part d'une menace de grève des employés du secteur de la santé si la loi 25 n'était pas retirée immédiatement. La crainte de la privatisation a aussi été rapportée.

Des citoyens sont venus dire que les nominations, par le ministre, des membres des futurs conseils d'administration représente une « perte de pouvoir sur notre milieu » et que cette façon de faire ne va pas dans le sens de la participation des citoyens.

Quelques personnes ont mentionné que rien ne garantit que la proposition fonctionnera et que la population bénéficiera des services. Vouloir regrouper des institutions disparates leur semble un défi impossible. Il faut conserver les points de service actuels.

Des personnes ont évoqué leur inquiétude face à la confidentialité des dossiers dans les réseaux informatiques.

Des résidents du secteur des Faubourgs ont dit avoir plus d'affinités avec le centre-ville et souhaitaient que le territoire du centre de santé et de services sociaux soit calqué sur celui de l'arrondissement Ville-Marie (et donc regrouper les CLSC Des Faubourgs et Métro). Compte tenu du manque de mobilité de plusieurs résidants du quartier des Faubourgs, certains s'inquiètent de l'impact de localiser le centre médical associé ailleurs que dans le secteur des Faubourgs.

Plusieurs inquiétudes ont été soulevées sur la fusion du CLSC avec l'hôpital; on a rappelé que 55 % du budget va présentement aux hôpitaux contre 7 % aux CLSC. Des participants ont signifié qu'il est logique de penser que la réforme va continuer à privilégier le curatif au détriment de la prévention.

Approuvé par Hélène Bohémier, membre du Forum de la population.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec

RAPPORT D'ACTIVITÉ
- Assemblée publique -
Territoire des CLSC Saint-Léonard et Saint-Michel

Date de l'assemblée : 5/04/04
Nombre de participants : 160
Nombre d'interventions : 17

Résumé et faits saillants

Le statut de l'Hôpital Santa Cabrini a été au centre des propos. Les membres de la communauté italienne ont exprimé clairement l'importance de cette institution au sein de leur communauté, leur attachement à l'hôpital et leur refus qu'il soit fusionné. Ils réclament plutôt le statut d'hôpital de première instance.

Le statut unique de l'Hôpital Santa Cabrini (bilingue français-italien) lui confère un rôle qui dépasse largement les limites du territoire proposé par l'Agence puisque l'hôpital dessert la communauté italienne résidant à travers toute la province. Ces propos ont été répétés à plusieurs reprises, témoignant ainsi du degré d'engagement de la communauté italienne envers cette institution.

Ces préoccupations font écho à celles de la communauté polonaise pour l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être et de la communauté chinoise pour l'Hôpital chinois.

Quelques travailleurs ont fait part de leur craintes vis-à-vis cette réforme : la gestion d'une liste de rappel fusionnée, la mobilité forcée et la lassitude des travailleurs ont été les thèmes dominants.

Principales questions

La communauté italienne a atteint un niveau exemplaire d'intégration à la culture québécoise. L'Hôpital Santa Cabrini joue un rôle qui, selon les représentants de la communauté italienne, dépasse largement les limites fixées par le présent projet. Pour la communauté italienne, l'hôpital constitue le seul lieu où les personnes sont bien reçues, comprises et bien soignées. L'abolition des conseils d'administration et la création d'une seul conseil est préoccupante. Les commentaires sont à l'effet que l'hôpital soit exclu de la proposition de fusion et obtienne le statut d'hôpital de première instance.

Réponse : La loi prévoit en effet un seul conseil d'administration et un seul directeur général pour le nouveau centre de santé et de services sociaux. Par ailleurs, l'Agence reconnaît pleinement l'attachement de la communauté italienne à l'Hôpital Santa Cabrini. Elle constate également l'opposition à son intégration au Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel. La proposition qui est présentée est soumise à la consultation afin de connaître ce que les gens en pensent.

Le projet de fusion des établissements suscite des craintes de coupures de services.

Réponse : La proposition ne vise aucune coupure de services. Nous sommes actuellement en période de croissance budgétaire, nous avons eu des augmentations de notre budget l'année dernière et notre budget total cette année sur l'île de Montréal est aussi augmenté. Avec les regroupements d'établissements, il pourrait y avoir un déplacement de ressources au niveau administratif. Le nouveau conseil d'administration du centre de santé et de services sociaux aura la responsabilité d'utiliser au mieux les ressources dont il héritera.

Le statut de l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être fait l'objet d'une question.

Réponse : Cette question a obtenu une réponse lors des rencontres précédentes. L'Agence fera la recommandation au ministre d'octroyer un statut suprarégional à l'Institut qui lui permettra de conserver son autonomie actuelle.

Le rôle du gestionnaire de cas auprès de la clientèle fait l'objet d'un questionnement.

Réponse : Les usagers demeureront libres de choisir leur médecin. De plus, le médecin de famille qui a déjà développé des corridors de services avec les établissements pourra continuer de les utiliser. Mais puisque ces ententes ou interrelations n'existent pas toujours, le projet vise à en créer pour libérer au maximum les médecins des tâches administratives et ainsi leur permettre de consacrer plus de temps à soigner leurs patients. C'est entre autres à ces tâches administratives et de coordination que seront affectés les gestionnaires de cas.

Le découpage proposé ne correspond pas nécessairement aux réseaux existant entre les établissements et pourrait même détruire et gâcher les liens créés au fil des ans par les établissements.

Réponse : À Montréal, on dénombre actuellement 562 contrats ou ententes entre les différents établissements. Ces ententes vont être maintenues, surtout quand elles fonctionnent bien. L'idée n'est pas de détruire et de faire du nouveau à tout prix.

La mise en place d'un seul centre médical associé pour Saint-Michel et Saint-Léonard soulève des questions sur la juste répartition des ressources entre les deux arrondissements.

Réponse : L'Agence prévoit créer 12 centres médicaux associés à Montréal dans un premier temps, mais compte augmenter rapidement ce nombre à 24, puis à 30. Les centres médicaux associés proposent un modèle qui permet d'intégrer les omnipraticiens au système de santé public plutôt que de les laisser en marge, comme cela est vécu actuellement.

L'accompagnement des familles en périnatalité se fait par un suivi avec des services personnalisés. Les organismes communautaires se demandent si, avec la réforme, des programmes de prévention tels que « Naître égaux-Grandir en santé » se poursuivront et si les organismes communautaires pourront continuer leur collaboration avec les CLSC de la même façon qu'ils le font actuellement.

Réponse : L'Agence accorde une grande place à la prévention et au soutien des familles. Dans le nouveau modèle, les façons de faire, les expertises locales et les services offerts vont continuer de s'adapter aux besoins des populations locales et donc de varier selon les milieux. Puisque les centres de santé et de services sociaux seront plus près des besoins de la population, ce sera à eux d'adapter les façons de faire en fonction des particularités de chaque territoire. Ils auront en main un coffre à outils qu'ils pourront utiliser à leur guise.

Les problèmes des personnes âgées et des familles, notamment celles aux prises avec la violence conjugale, pourront-ils être mieux pris en charge après la fusion ?

Réponse : La prise en charge de certaines clientèles après la fusion a fait l'objet de plusieurs questions durant nos assemblées. La réponse se trouve dans la façon dont la direction et le conseil d'administration du nouveau centre de santé et de services sociaux vont s'assurer que les services vont continuer à être offerts et ce, tout en s'adaptant à la nouvelle réalité territoriale.

Qu'en est-il des travailleurs des établissements fusionnés ?

Réponse : Une des premières tâches de l'administration sera d'intégrer les travailleurs dans le contexte déterminé par la loi 25. Cette situation n'est pas sans rappeler l'exemple des CLSC qui, lors de leur création, ont soulevé maintes oppositions. Des employés qui y avaient été transférés avaient eux aussi des craintes à l'époque. Pourtant, au fil des ans, l'intégration s'est bien faite. Les conseils d'administration des centres de santé et de services sociaux auront la responsabilité de s'assurer que les changements se passent bien.

Pour éviter le dédoublement des services, on fait valoir qu'il aurait été plus simple d'opter pour le guichet unique.

Réponse : L'objectif de cette réforme est d'augmenter l'accessibilité aux soins par la fusion des établissements. Lorsque les gens entrent dans le système, ils sont très bien soignés et pris en charge. Le problème c'est la difficulté à y entrer. L'idée de la réforme est de mettre ensemble les structures pour se donner une masse critique de ressources afin de faciliter cet accès aux services. Cette transformation du réseau exige aussi de l'ajout d'argent afin d'améliorer cette accessibilité.

La centralisation des dossiers médicaux inquiète les gens quant à la confidentialité des données.

Réponse : L'objectif de la proposition est de faire en sorte que le médecin traitant puisse avoir accès à une partie restreinte du dossier du patient constituée des examens de laboratoire, des examens de radiologie et des médicaments que le patient prend. Ces informations permettent notamment d'éviter des erreurs, dont l'incompatibilité des médicaments lorsque prescrits par plus d'un médecin. Enfin, le réseau doit être informatisé de façon minimale pour bien fonctionner et augmenter les communications entre les professionnels.

Commentaires des participants

Il a été mentionné que les consultations auraient dû se tenir avant l'adoption de la loi. Les syndicats dénoncent les lois 25, 30 et 31 et font référence à un éventuel mouvement de grève généralisée pour pousser plus loin la contestation.

Des participants ont dénoncé le degré d'improvisation des réformes vécues dans le réseau, en prenant pour preuve le fait que certains établissements fusionnés ont été défusionnés par la suite. On suggère de prendre un temps de réflexion de cinq ans pour penser et évaluer la viabilité des fusions avant de les réaliser et ainsi éviter l'improvisation.

Les inquiétudes des travailleurs de la santé, et tout particulièrement ceux des CLSC et du milieu communautaire, touchaient le maintien des relations de partenariat avec les groupes communautaires du quartier, la non-protection de la première ligne de services, la médicalisation des services, la sous-traitance et la non-participation citoyenne dans la prise de décisions.

Approuvé par Hélène Bohémier, membre du Forum de la population.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec

RAPPORT D'ACTIVITÉ
- Assemblée publique -
Territoire des CLSC NDG/Montréal-Ouest,
René-Cassin, Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension

Date de l'assemblée : 7/04/04
Nombre de participants : 300
Nombre d'interventions : 37

Résumé et faits saillants

Le caractère multiethnique du quartier Côte-des-Neiges a été abordé par plusieurs intervenants des organismes communautaires qui ont insisté sur la nécessité de préserver les services offerts à cette clientèle.

Plusieurs personnes ont mis en doute le fait que la fusion proposée puisse, de quelque façon que ce soit, améliorer des services qui sont actuellement reconnus.

Des intervenants et des médecins ont souligné l'excellence du Centre hospitalier de St. Mary, sa vocation pédagogique et ses liens privilégiés avec les étudiants de la province, particulièrement ceux de l'Université McGill. Ces raisons, entre plusieurs autres, justifiaient pour les intervenants le maintien du conseil d'administration et du statut autonome de l'hôpital.

Même si la majorité des personnes qui se sont prononcées sur les deux découpages proposés ont indiqué leur préférence pour l'hypothèse 4.1 (territoire René-Cassin et NDG/Montréal-Ouest) une personne était quand même en faveur de l'autre scénario, soit le regroupement des territoires Côte-des-Neiges, Métro et Parc extension. On a également soulevé l'importance de maintenir les territoires à une dimension humaine.

Principales questions

Les participants ont souligné la rapidité avec laquelle les changements devaient être implantés et la difficulté, dans ce contexte, d'en arriver à un consensus éclairé. Le travail d'intégration des immigrants se faisant avec efficacité et à la satisfaction de ceux-ci, les intervenants se demandent pourquoi briser la combinaison gagnante des CLSC par une structure encore plus grosse.

Réponse : L'Agence reconnaît que la consultation se fait rapidement, mais évoque les obligations légales sur lesquelles elle n'a aucune emprise. Pour ce qui est du découpage du territoire et de l'intégration des immigrants, l'Agence a mentionné qu'elle n'a nullement l'intention de procéder à un démantèlement ni de changer la vocation actuelle du CLSC. L'idée n'est pas de changer tout ce qui se fait, mais bien de privilégier une meilleure communication entre les établissements. Pour ce qui est de la taille des

centres de santé et de services sociaux, elle varie selon les différents territoires de l'île, mais la responsabilité des conseils d'administration demeure la même partout, soit assurer de bons services à la population.

Le programme SARIM du CLSC Côte-des-Neiges a une expertise auprès de la clientèle multiethnique et un mandat régional. Sa mission devrait demeurer intacte.

Réponse : Il n'y a pas d'intention de changer les rôles et les missions des groupes et des organismes. Les changements proposés toucheront plutôt le regroupement des conseils d'administration des établissements et non les services actuels qui seront maintenus. Le nouveau conseil d'administration aura comme priorité l'amélioration des services qui le nécessitent et le renforcement de ceux qui fonctionnent déjà bien.

Par l'exemple du bénévolat qu'il génère (48 % des bénévoles habitent hors de son territoire, dont plusieurs étudiants), des personnes ont souligné l'excel-lence du Centre hospitalier de St. Mary et plaidé pour son exclusion du centre de services de santé et de services sociaux.

Réponse : L'Agence sait à quel point la réputation de l'organisation du centre hospitalier est bonne La réforme n'est nullement une critique du travail fait dans les établissements. C'est pourquoi il est prévu de maintenir intact tout ce qui le caractérise, comme sa reconnaissance et son dynamisme.

Le danger de privatisation des services et l'ouverture à la sous-traitance inquiètent des participants.

Réponse : Ces inquiétudes seront acheminées au ministre. Toutefois, l'Agence affirme clairement qu'elle ne voit nullement dans cette réforme une ouverture à la sous-traitance. L'Agence croit en un réseau public et n'a aucun plan envers la privatisation de services.

Des intervenants du CLSC Côte-des-Neiges se demandent ce qui adviendra, après la réforme, de la portion de la clientèle venant de l'extérieur du territoire ainsi que du volet prévention dont les ressources diminuent année après année.

Réponse : Les programmes régionaux vont continuer de fonctionner et de recevoir du financement. Toutefois, l'Agence a évolué les besoins de la région l'année dernière et reconnaît qu'il manque 380 millions de dollars à Montréal. Cette réforme n'a pas pour objectif d'ajouter de l'argent, mais il reste que cette préoccupation demeure et que des efforts sont toujours faits dans ce sens.

Le financement des soins spécialisés à l'Hôpital de St. Mary soulève une interrogation. Puisque le budget de l'hôpital est calculé en fonction de la population locale à desservir, on demande d'où proviendront les fonds, par exemple, pour l'accouchement d'une femme qui ne demeure pas à Montréal, sinon dans les autres budgets du centre de santé et de services sociaux (prévention, soins à domicile, etc.).

Réponse : Le budget de l'hôpital va être calculé sur le volume d'activités réalisé durant la dernière année, indépendamment du lieu de résidence du patient. C'est ainsi que l'Hôpital de St. Mary, qui a réalisé plus d'accouchements que prévu en 2002-2003, a reçu un budget supplémentaire à la fin de l'année financière.

Ce mode de calcul continuera après la réforme, notamment parce qu'il ne sera pas permis de transférer des budgets des autres programmes du centre de santé et de services sociaux vers le programme de soins physiques (soit ceux qui concernent l'hôpital). Par contre, le contraire sera permis. Le conseil d'administration pourrait décider, par exemple, de transférer des sommes prévues pour l'hôpital pour offrir plus de soins à domicile s'il le juge nécessaire.

La composition des conseils d'administration soulève des interrogations. Les participants craignent que les membres choisis ne connaissent pas aussi bien que les membres actuels la réalité du réseau. On se demande s'il ne serait pas plus sûr d'y nommer des patients ou des membres du personnel. Quel serait le rôle du représentant du comité d'usagers.

Réponse : Quinze personnes seront recommandées par les conseils d'administration actuels des établissements pour former le conseil d'administration du futur centre de santé et de services sociaux. Les noms proposés peuvent être ceux de patients, de membres du personnel de première ligne ou de gens occupant d'autres fonctions. L'Agence transmettra au ministre les noms qui lui seront envoyés par les établissements.

La non-adéquation entre les découpages territoriaux proposés et ceux de la ville est soulevée.

Réponse : L'arrimage des territoires proposés avec ceux des arrondissements municipaux et des commissions scolaires est un casse-tête, certains étant très grands, d'autres très petits. Seuls deux ou trois territoires choisis correspondent à ceux des arrondissements. Pour cette raison, l'Agence a convenu avec la Ville et les commissions scolaires d'identifier des zones prioritaires d'intervention afin de pouvoir agir de façon adéquate.

Commentaires des participants

Plusieurs personnes ont manifesté leur désaccord avec la réforme telle que proposée. Méfiance répétée à l'égard de la taille des instances de la nouvelle structure et demande de préserver les structures à des dimensions humaines.

Deux personnes ont demandé l'exclusion de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et plusieurs médecins et travailleurs du Centre hospitalier de St. Mary ont demandé que celui-ci puisse préserver son statut autonome.

Quelques représentants d'organismes communautaires et de CLSC se sont dits lésés de ne pas avoir été consultés avant l'adoption de la loi et se sentent tenus à l'écart du travail qui se fait actuellement.

Les travailleurs de CLSC et les groupes communautaires ne croient pas que les centres médicaux associés soient une initiative locale et estiment que le territoire est beaucoup trop grand pour être considéré comme local.

Certains ont exprimé qu'il aurait mieux valu améliorer les services déjà existants et disent craindre que soient affaiblis les aspects prévention et promotion de la santé.

Les groupes communautaires trouvent inacceptables de ne pas avoir été entendus aux audiences publiques. Ils suggèrent la mise sur pied de comités aviseurs pour les conseils d'administration afin que ceux-ci puissent préserver des liens avec la population.

On ne retrouve pas la place des soins palliatifs dans les 9 programmes qui sont présentés.

Des participants se demandent si le CLSC Côte-des-Neiges maintiendra son affiliation universitaire avec McGill et s'il pourra poursuivre ses travaux de recherches ?

Un médecin de famille du CLSC Côte-des-Neiges est d'accord avec les changements proposés, notamment avec la volonté de prise en charge des patients vulnérables.

Des personnes sont venues exprimer leurs inquiétudes quant au maintien des services en langue anglaise à l'intérieur des nouvelles instances.

Une proposition a été exprimée à l'effet de fusionner les territoires des CLSC Côte-des-Neiges avec Parc Extension à cause des similarités de clientèles et de besoins particuliers.

Approuvé par Pietro Gasparrini, membre du Forum de la population.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec

RAPPORT D'ACTIVITÉ
- Assemblée publique -
Territoire des CLSC Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont

Date de l'assemblée : 08/04/04
Nombre de participants : 160
Nombre d'interventions : 27

Résumé et faits saillants

Très forte représentation des travailleurs des CLSC, de groupes communautaires et de citoyens. Les thèmes abordés ont surtout été la proximité des services, le savoir-faire avec la population locale, la valorisation de structures de taille humaine, le maintien du pouvoir actuellement détenu par les conseils d'administration, la mobilité du personnel, la crainte de la privatisation, le respect de la couleur locale et le mode d'allocation des ressources.

Comme ce fut le cas pour toutes les assemblées, on n'a pas manqué de souligner le paradoxe de la création d'un organisme regroupant plusieurs établissements locaux et la perte potentielle de proximité avec la population et donc l'adéquation des services avec les besoins de celle-ci.

On a mentionné à plusieurs reprises le manque de consultation auprès de la population de même que le caractère précipité et tardif du processus de consultation. De façon générale, la loi 25 est perçue comme antidémocratique. La constitution des conseils d'administration et la représentation citoyenne ont aussi été des thèmes récurrents.

Par ailleurs, le conseil d'administration du CLSC-CHSLD de Rosemont a manifesté publiquement son adhésion aux objectifs de la loi 25. Le conseil a pris position avec les regroupements des CLSC-CHSLD de Montréal en adhérant à la position adoptée dans le mémoire déposé par les regroupements. Il est d'accord avec le projet de formation de 12 instances locales à Montréal composées de la fusion des CLSC et des CHSLD excluant les centres hospitaliers. D'autre part, l'établissement s'est dit satisfait du scénario proposé pour son territoire.

Le conseil d'administration du CLSC-CHSLD Olivier-Guimond souscrit aussi aux objectifs de la loi 25 de même qu'aux objectifs déterminés par l'Agence dans son document de consultation. Le conseil d'administration a toujours cru en une meilleure intégration des services médicaux sur son territoire et par conséquent, il adhère au projet de centres médicaux associés. Avant sa dissolution en juin, le conseil d'administration du CLSC-CHSLD compte rencontrer la population pour lui expliquer comment s'effectuera la création des centres de santé et de services sociaux et pour la rassurer sur la continuité des services offerts. Le conseil d'administration dissous se constituera en comité de vigilance pour alimenter les personnes qui le représenteront à la nouvelle instance locale.

De son côté, le Réseau de vigilance santé Rosemont-La Petite Patrie, préoccupé par la loi 25 et par les orientations gouvernementales, a de grandes inquiétudes quant au maintien de la mission des CLSC. Sans vraiment craindre les structures qui constituent un moyen, le Réseau dit toutefois surveiller avec soin les intentions gouvernementales. Il estime que les objectifs clairement exprimés par des membres du gouvernement sont liés aux coupures et à la réingénierie. Reconnaissant la sensibilité de l'Agence face au rôle joué par les CLSC, l'organisme souhaite néanmoins que ses préoccupations soient acheminées directement au gouvernement.

Sur la même lancée, un citoyen a évoqué le sentiment de trahison que lui inspire le projet de fusion, considérant avec beaucoup de scepticisme l'idée que les CLSC puissent survivre au sein de structures de grande taille, et que les volets de prévention puissent résister aux pressions liées aux besoins pressants du curatif.

Principales questions

On demande à l'Agence de garantir aux citoyens que les mêmes services, déjà suffisamment réduits, pourront continuer d'être accessibles après la réforme.

Réponse : Le budget pour l'île l'an dernier était de 4,3 milliards de dollars. Avec l'indexation, il sera autour de 4,6 milliards de dollars cette année. Il n'y aura pas d'augmentation du budget montréalais mais aucune réduction du panier de services ne sera faite car l'argent disponible permet d'assurer l'offre de services à la population. De plus, le budget actuel prévoit des sommes pour du développement de services. Dans le fonctionnement par programme lors de la mise en place des réseaux, l'argent du programme de santé physique des hôpitaux pourra aller vers les autres programmes, mais le contraire ne sera pas possible. L'objectif de cela est d'assurer que l'argent destiné aux programmes communautaires, à la première ligne et à la prévention ira à ces programmes.

Dans un contexte de pénurie d'infirmières où l'instance aura à créer un partenariat avec les centres médicaux associés, on interroge l'Agence sur les moyens prévus pour harmoniser les services infirmiers et les services médicaux en CMA.

Réponse : Les centres médicaux associés seront liés par contrats aux centres de santé et de services sociaux. L'argent sera accordé au CSSS et il devra définir des balises particulières, avec le CMA, sur leur territoire. La question des services, du personnel, qu'il soit infirmier ou autre, devra faire l'objet d'une entente. Ces ententes particulières amèneront des dynamiques qui ne seront pas uniformes à travers l'île de Montréal mais elles chercheront à atteindre les objectifs visés par les groupes de médecine familiale (GMF).

Les besoins des personnes actuellement desservies par des services de proximité sont au cœur des préoccupations. On se questionne sur l'identification des besoins, sur l'imputabilité des soins et sur la concurrence prévisible que se livreront les organismes pour obtenir du financement.

Réponse : Lors de la création des CLSC, ceux-ci ont réussi à offrir des services de proximité pour répondre aux besoins de la population. L'Agence estime qu'ils seront en mesure de faire de même à l'intérieur des centres de santé et de services sociaux. Elle croit que lors de l'intégration de trois CLSC pour desservir 170 000 personnes, la nouvelle structure sera en mesure d'assurer les besoins de la population, comme le font actuellement ces CLSC.

Il est vrai que le conseil d'administration du centre de santé et de services sociaux aura à gérer plus de ressources que le conseil d'administration des établissements actuels, mais dans l'action, la gestion des établissements va rester à échelle humaine.

Par ailleurs, le programme de prévention est un programme protégé, avec des montants protégés.

Reconnaissant l'importance de respecter et de maintenir les partenariats actuels, des intervenants soulèvent la difficulté, pour les CLSC, de continuer à intervenir dans des milieux de vie lorsqu'ils se retrouveront au sein de gros ensembles regroupant sept institutions.

Réponse : La taille d'une organisation n'est pas nécessairement le facteur le plus déterminant ; c'est davantage le modèle de fonctionnement et la manière dont on travaille. À titre d'exemple, le CLSC Côte-des-Neiges, avec un territoire regroupant 140 000 personnes issues de 35 groupes ethniques, a réussi à satisfaire aux besoins de la population. La dimension locale repose davantage sur la dynamique que sur la taille.

On s'interroge sur ce qu'il arrivera du financement des organismes communautaires après deux ans. La reconnaissance du rôle des organisations communautaires est aussi soulevée à nouveau. On craint qu'ils deviennent des sous-traitants de l'État et donc que leur mandat vienne de l'institution plutôt que de leurs membres.

Réponse : Le financement centralisé des organismes communautaires assuré pour deux ans est une garantie offerte par le gouvernement. L'Agence n'est pas en mesure de dire ce qui arrivera après. Toutefois, l'Agence reconnaît le rôle joué par les organismes communautaires et recommandera au ministère le maintien du financement régional et son accroissement. De plus, pour l'Agence, il n'est pas question que les organismes communautaires perdent leur autonomie. La force de ces groupes tient à leur connaissance du milieu et à leur capacité de répondre adéquatement aux besoins de leurs membres. L'Agence ne voit pas pour quelle raison le système de santé négligerait une ressource aussi indispensable.

L'utilité de la consultation est remise en question.

Réponse : L'objectif de la consultation est de guider l'Agence dans ses recommandations au ministre sur l'application de la loi 25. Au fil des consultations, la position de l'Agence s'est modifiée sur certaines questions ; les recommandations à formuler au ministre en feront part. Cependant, la loi 25 étant passée, il ne s'agit pas d'une consultation qui aurait pour effet de changer cela.

On trouve que les femmes devraient être identifiées comme une clientèle cible dans le plan de l'Agence. On s'interroge également sur l'intervention auprès des clientèles non vulnérables.

Réponse : Pour ce qui est de la question des femmes, la position de l'Agence est claire : elle va recommander au gouvernement d'assurer la parité hommes–femmes au sein des conseils d'administration. Par ailleurs, les clientèles non vulnérables sont largement couvertes par le volet prévention et le volet santé physique, lesquels représentent une partie importante de l'intervention.

On souligne que l'Agence est peu loquace quant au rôle des médecins au sein de ces nouvelles structures.

Réponse : L'Agence a rencontré les médecins et ils ont accordé un bon accueil à la réforme. Toutes les avenues sont ouvertes pour les amener à s'intégrer de la meilleure façon possible au sein de la nouvelle structure. Une des difficultés est que 1400 d'entre eux travaillent à l'extérieur des CLSC. La réforme vise à corriger cette situation et à mieux les intégrer au réseau.

On se demande si les CLSC seront régis par le corps médical.

Réponse : Les CLSC restent autonomes par rapport aux centres médicaux associés.

Selon certains, cette réforme apparaît comme une porte ouverte à la privatisation.

Réponse : Pour l'Agence, il n'y a absolument rien qui privilégie cette avenue. Même si on parle de cliniques privées, les services qu'elles offrent demeurent publics. En fait, les médecins n'ont pas le droit de facturer pour leurs services puisqu'ils sont payés par l'État.

On se questionne sur la représentation citoyenne au sein des nouveaux conseils d'administration.

Réponse : Les conseils d'administration des établissements actuels seront invités à recommander le nom de deux personnes pour siéger au sein des nouveaux conseils d'administration. De plus, l'Agence recommandera que les établissements conservent ou se dotent de comités d'usagers au sein du centre de santé et de services sociaux.

Commentaires des participants

« À peine sortis du virage ambulatoire, nous voilà face à une autre fusion. Le gouvernement ne tolère aucune discussion sur ses politiques. Ce projet nous apparaît comme un sabotage général. Ce qui manque, c'est le financement adéquat. »

« La loi 30 est le plus grand recul des 30 dernières années. Nous vous demandons de bien réfléchir, car il est encore temps de changer les choses. »

« Il faudra du personnel, or vous n'avez ni le personnel, ni l'argent. Bref, cela apparaît comme du développement sauvage. »

En dépit des affirmations des membres de l'Agence, certains citoyens sont sceptiques : les budgets de prévention pourront-ils résister aux pressions intenses liées au curatif ?

La représentation citoyenne semble assez menacée par l'existence d'un seul conseil

Validé par Mme Carol Robertson, membre du Forum de la population